

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

Psychologie

# **Bakalářská práce**

Tereza Crhová

**Psychologické aspekty obezity u dospělých**

Psychological aspects of obesity in adults

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Tamaře Hrachovinové CSc. za trpělivost, podporu a velké množství podnětů, které mi byli inspirací a pomohli mi tuto práci vytvořit.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 6. května 2014

.....  
Tereza Crhová

**Klíčová slova (česky)**

Obezita u dospělých, prevalence obezity, etiopatogeneze obezity u dospělých, osobnost a psychické aspekty obezity u dospělých, psychopatologie obézního jedince, stravovací návyky, deprese, sexuální spokojenost, terapie obezity konzervativní, terapie obezity chirurgická.

**Key words**

Adults obesity, the prevalence of obesity, etiopathogeneses of obesity in adulthood, personality and psychological aspects of obesity in adults, psychopathology of obese adults, eating habits, depression, sexual satisfaction, conservative therapy of obesity, surgical therapy of obesity.

### **Abstrakt (česky)**

Teoreticko - literární přehled interdisciplinárního pohledu na obezitu u dospělých osob. Problematika obezity z medicínského, psychologického a sociálního úhlu zkoumání. Problematika etiopatogeneze obezity a výběr možných příčin obezity u dospělého jedince. Osobnostní faktory osob s nadváhou a obezitou, osobnostní rysy spojované s nadváhou a obezitou. Psychopatologie obézních jedinců. Současné možnosti léčby konzervativní i chirurgické, s důrazem na psychosociální intervenční postupy.

### **Abstract (in English)**

Theoretical and literary review interdisciplinary perspective of obesity in adults. The problem of obesity from a medical, psychological and social point of view. The problem of etiopathogenesis obesity and choice of possible causes of obesity in adults. Personality factors of overweight and obese people, personality traits associated with overweight and obesity. Psychopathology in obese individuals. Current options of conservative and surgical treatments with an emphasis on psychosocial interventions.

## OBSAH

### TEORETICKÁ ČÁST

<b>1. ÚVOD</b>	<b>9</b>
<b>2.DEFINICE OBEZITY</b>	<b>11</b>
<b>3. PREVALENCE OBEZITY</b>	<b>13</b>
<b>3.1 ČESKÁ REPUBLIKA</b>	<b>13</b>
<b>4. ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE OBEZITY</b>	<b>14</b>
<b>4.1 MECHANICKÉ KOMPLIKACE</b>	<b>14</b>
<b>4.2 METABOLICKÉ KOMPLIKACE</b>	<b>14</b>
<b>5. ETIOPATOGENEZE OBEZITY</b>	<b>15</b>
<b>5.1 ENERGETICKÁ ROVNOVÁHA</b>	<b>15</b>
<b>5.1.1 ENERGETICKÝ PŘÍJEM</b>	<b>15</b>
<b>5.1.1.1 SKLADBA POTRAVIN</b>	<b>15</b>
<b>5.1.2 ENERGETICKÝ VÝDEJ</b>	<b>15</b>
<b>5.1.3 ŽIVOTNÍ STYL</b>	<b>16</b>
<b>5.2 GENETICKÉ FAKTORY</b>	<b>17</b>
<b>5.3 FARMAKA</b>	<b>18</b>
<b>5.3.1 JAK LÉKY OVLIVŇUJÍ VZESTUP HMOTNOSTI</b>	<b>18</b>
<b>5.3.2 PSYCHOFARMAKA</b>	<b>18</b>
<b>5.4 PROBLEMATICKÁ OBDOBÍ</b>	<b>18</b>
<b>5.5 HORMONY</b>	<b>20</b>
<b>5.6 DALŠÍ FAKTORY</b>	<b>20</b>
<b>6. OSOBNOST OBÉZNÍHO JEDINCE</b>	<b>22</b>
<b>6.1 PSYCHICKÉ VLASTNOSTI U OBÉZNÍCH</b>	<b>22</b>
<b>7. OBEZITA A PSYCHOPATOLOGIE</b>	<b>24</b>
<b>7.1 VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA</b>	<b>24</b>
<b>7.1.1 GENDER A ETNICITA</b>	<b>25</b>
<b>7.2 SEXUALITA</b>	<b>26</b>
<b>7.2.1 PORUCHY SEXUÁLNÍ FUNKCE</b>	<b>26</b>
<b>7.2.2 OBEZITA JAKO DŮSLEDEK SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ</b>	<b>27</b>
<b>7.3 DEPRESE</b>	<b>28</b>
<b>7.4 JÍDELNÍ CHOVÁNÍ, JEHO PORUCHY A PSYCHOPATOLOGIE</b>	<b>29</b>
<b>7.4.1 JÍDELNÍ CHOVÁNÍ</b>	<b>29</b>
<b>7.4.2 PORUCHY VÝŽIVY</b>	<b>31</b>
<b>7.4.3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY</b>	<b>32</b>
<b>7.4.3.1 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ</b>	<b>33</b>
<b>7.4.3.2 „UŽDIBOVÁNÍ“</b>	<b>33</b>
<b>7.4.3.3 NOČNÍ PŘEJÍDÁNÍ</b>	<b>34</b>
<b>7.5 JÍDLO JAKO PROŽITEK</b>	<b>35</b>
<b>8. TERAPIE OBEZITY – KONZERVATIVNÍ</b>	<b>37</b>
<b>8.1 OTÁZKA MOTIVACE V LÉČBĚ OBEZITY</b>	<b>37</b>
<b>8.2 DIETY</b>	<b>37</b>
<b>8.2.1 DIETNÍ PRŮMYSL</b>	<b>37</b>
<b>8.3 FYZICKÁ AKTIVITA</b>	<b>38</b>
<b>8.4 LÉČBA OBEZITY FARMAKY</b>	<b>38</b>
<b>8.5 PSYCHOLOGICKÁ LÉČBA OBEZITY</b>	<b>39</b>

8.5.1 PRÁCE PSYCHOLOGA	39
9. TERAPIE OBEZITY – CHIRURGICKÁ	42
9.1 ÚLOHA ODBORNÍKŮ PŘI BARIATRICKÉ LÉČBĚ OBEZITY	42
9.2 KRITÉRIA INDIKACE K BARIATRICKÝM VÝKONŮM	43
9.3 DĚLENÍ CHIRURGICKÝCH ZÁKROKŮ	43
9.3.1 MOŽNÉ KOMPLIKACE SPOJENÉ S CHIRURGICKOU LÉČBOU OBEZITY	43
PRAKTICKÁ ČÁST	
10. VÝZKUM	46
10.1 ÚVOD	46
10.2 CÍLE VÝZKUMU	47
10.2.1 VÝZKUMNÁ OBLAST	48
10.2.2 KRITÉRIA VÝBĚRU RESPONDENTŮ	48
10.2.3 CHARAKTERISTIKA VZORKU	49
10.2.4 CHARAKTERISTIKA PRACOVIŠŤ	50
10.2.5 HYPOTÉZY	50
10.2.6 DOTAZNÍK	50
10.3 PRŮBĚH VÝZKUMU A SBĚR DAT	51
10.4 DISKUZE	53
11. ZÁVĚR	56
12. LITERATURA	57
13. PŘÍLOHY	61

# Teoretická část



## 1. Úvod

Obezita je třetím nejčastějším onemocněním dnešního světa. Prevalence obezity se rok od roku zvyšuje a stává se reálnou hrozbou lidstva. Někteří autoři ve spojitosti s obezitou dokonce hovoří o epidemii tohoto onemocnění, které vede k vážným komplikacím.

Komplikace fyzického a metabolického charakteru spojené s obezitou mohou vést k vážným zdravotním důsledkům a mohu obézního jedince ohrožovat na životě. Obezita sebou však přináší mnoho psychologických a sociálních aspektů, které mohou komplikovat život takto postiženého jedince.

Následující práce se zabývá především tématem jednotlivých psychických aspektů spojovaných s obezitou, které byly zkoumány a popisovány napříč výzkumy odborníků po celém světě. Někteří odborníci však docházejí ve svých výzkumech k rozdílným výsledkům, a nemusí se proto vždy shodnout na aspektech, které obezitu doprovázejí.

V úvodní části této práce se věnuji problematice definice obezity jako onemocnění. Pro definici obezity neexistují v dnešní době jednoznačná kritéria, která by dokázala pojmut všechny aspekty přidružující se k tomuto problému. V následující kapitole se pak stručně věnuji prevalenci obezity v České republice. Stručně se také věnuji komplikacím, které sebou obezita přináší.

Poměrně obsáhlou kapitolou je poté kapitola etiopatogeneze obezity. V této kapitole jsem se snažila obsáhnout alespoň z větší části možné faktory, které predisponují jedince ke vzniku nadváhy a obezity nebo v různé míře se na ní samotné podílejí. Mimo běžných otázek, které se snaží zodpovědět míru podílu genetických faktorů a faktorů prostředí jako možné příčiny vzniku a rozvoje obezity, se také věnuji otázkám energetického příjmu, výdeje, farmak jako možných činitelů rozvoje obezity a dalším.

Stěžejní část této práce je však věnována osobnosti obézního jedince a psychopatologii, která obézní jedince doprovází. Dnešní společnost nemá prozatím jednotný názor a postoj k tomuto onemocnění a také vědci nejsou jednotní téměř v žádné oblasti lidského života, kterých se může obezita dotýkat. I přesto, že se výzkumy ve svých závěrech mohou lišit, není cílem této práce nalézt prvek, který by sjednotil populaci obézních dospělých. Snažila jsem se podat různé úhly pohledu a zahrnout do své práce co možná nejširší možné spektrum příčin, charakteristik a jevů, které se mohou dotýkat osobnosti obézního jedince. V této kapitole se

věnuji například problematice jídelního chování a zvyklostí u obézních, výskytu deprese, úzkostných stavů, ale také zde uvádím výzkum, ve kterém se prokázala možná souvislost mezi obezitou a sexuální zneužíváním v anamnéze obézního jedince.

Obézní jedince nelze vnímat jako homogenní skupinu, která by se vyznačovala nějakým charakteristickým rysem. U této skupiny nebyl nalezen a dokázán žádný sjednocující prvek, mimo samotného faktu zvýšené váhy. Nesmíme však opomenout, že ať vezmeme skupinu lidí s nadváhou nebo skupinu obézních osob, vždy bude tato skupina velmi širokospektrální. Je rozhodně rozdíl, vezmeme-li člověka s BMI 27, tedy s nadváhou, a člověka, který má BMI 40, tedy morbidně obézního jedince. Z hlediska psychologických aspektů, které se dotýkají obezity, lze proto tuto skupinu uchopit pouze velmi citlivě. Nejen proto, že heterogenita, jaká se objevuje mezi obézními jedinci, je také patrná v přístupech, závěrech a postojích odborníků k této problematice.

V závěru teoretické části se věnuji ve dvou kapitolách terapii obezity. Jedna kapitola se věnuje možnostem, které přináší konzervativní léčba. Druhá kapitola je pak věnována bariatrickému řešení obezity s důrazem na důležitost práce psychologa při indikaci tohoto typu terapie a s možnými úskalími, které jsou s bariatrií spojené.

Praktická část práce je věnována problematice sexuální spokojenosti u obézních jedinců. Výzkumů na toto téma bylo v českém i zahraničním prostředí uskutečněno několik. Většina z nich se však orientovala především na ženskou část obézní populace. Ve svém výzkumu jsem se zaměřovala na změnu v oblasti vnímání sexuální spokojenosti u obézních jedinců obou pohlaví před bariatrickým zákrokem a po bariatrickém zákroku. Chirurgická léčba obezity zde tedy představuje časový předěl, během kterého by společně s procesem váhového úbytku mělo docházet také ke změně ve vnímání sexuální spokojenosti. Možná úskalí celého výzkumu jsou poté diskutována v samém závěru této části.

## 2. Definice obezity

Obezita je definována množením tuku v organismu. Podíl tuku v organismu u jedince, kterého již označujeme za obézního, určují faktory věku, pohlaví, etnického charakteru populace a vlivu prostředí (Hainer, & Kunešová, 1997).

Nejčastějším prostředkem k vyjádření stupně nadváhy se v dnešní době využívá ukazatel BMI (body mass indexu). BMI se počítá jako hmotnost vyjádřená v kilogramech dělené druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. Vyjadřování stupně obezity dle BMI však neodráží přesný podíl tuku a beztukové hmoty. BMI se nedokáže vypořádat s faktory věku, pohlaví a etnického charakteru populace.

Při stejném BMI mají ženy větší podíl tuku než muži, stejně tak se stárnutím organismu stoupá podíl tuku v lidském těle. Tedy stejné BMI u adolescenta nebude znamenat stejný podíl tuku v těle jako u člověka seniorského věku. Specifickou skupinou jsou samo sebou také sportovci, kde se vysoké BMI musí připisovat především velkého podílu svalové hmoty v těle, nikoliv množnému tuku (Hainer, & Kunešová, 1997).

Kategorie dle WHO:

- BMI 18,5 – 24,9: normální váhové rozmezí, zdravotní rizika minimální
- BMI 25,0 – 29,9: nadváha (dále dělená na nízkou- do 26,9 BMI a na zvýšenou-nad 27)
- BMI 30,0 – 34,9: obezita I. stupně (tzv. mírná), zvýšená zdravotní rizika
- BMI 35,0 – 39,9: obezita II. stupně (střední), vysoká zdravotní rizika
- BMI nad 40: obezita III. stupně (morbidní), zdravotní rizika velmi vysoká

Použití BMI je však i přesto celosvětově uznávaným měřítkem pro stanovení diagnózy obezity. Zvyšující se BMI pak může být ukazatelem životní prognózy a lze dle něj odhadovat většinu zdravotních rizik spojených s obezitou (Hainer, & Kunešová, 1997).

S etnickými rozdíly pracují vždy příslušné obezitologické společnosti dané populace. U asijské populace například bylo prokázáno, že i při nižším BMI dochází k vyšší akumulaci viscerálního tuku než jak tomu je u bělošské populace. Japonská obezitologická společnost proto upravila hraniční hodnoty BMI určující nadváhu a obezitu. Nadváha je definována jako  $BMI \geq 23$ , obezita je definována již jako  $BMI \geq 25$  (Hainer et al., 2011).

Mimo BMI byl řadu let pro klasifikaci obezity používán poměr pasu a boků, tzv. WHR (waist to hip ratio). Uvádělo se, že hranicí pro určení obezity u mužů byl poměr nad 1,0. Hranice u žen nad 0,8-0,85. Řada studií v posledních letech prokázala, že významnějším ukazatelem metabolických a kardiovaskulárních rizik obezity androidního typu (mužského typu) je pouze údaj z obvodu pasu (Svačina et al., 2012).

Obezitu můžeme definovat také na základě charakteru rozložení tuku v těle. Obezita viscerální (útrobní) někdy označována také jako obezita mužského typu, je charakteristická hromaděním tuku v oblasti břicha a hrudníku. U žen se častěji hromadí podkožní tuk v oblasti hýždí a stehen. Tento typ obezity označujeme jako obezitu gynoidní, obezitu ženského typu. Hromaděním tuku v oblasti hrudníku a břicha, mužský typ obezity, je doprovázeno vyšším výskytem metabolických a kardiovaskulárních komplikací (Hainer, & Kunešová, 1997).

Tělesná hmotnost je součtem hmotnosti kosterního svalstva, kostí, tukové tkáně, zbývajících tkání, které představují orgány. Nejjednodušší metodou, jak zjistit množství podkožního tuku, a tím definovat obezitu, je měření obvodů a tloušťky podkožních řas. Množství tukové tkáně u normálního jedince činí u mužů 10-25%, u žen 18-30%. U nás se nejčastěji používá metoda podle Pařízkové, kdy je měřeno celkem 10 podkožních řas pomocí tzv. Bestova kaliperu. Těchto 10 podkožních řas se nachází mimo jiné například na tváři, na krku, hrudníku, tricepsu či na lýtku. Přesnější možnou metodou je metoda bioelektrické impedance (BIA). Metoda měří množství tuku, beztukové tkáně a vody. Tato metoda je velmi rychlá a pro pacienta pohodlná.

Vyšetřovacích metod existuje v dnešní době celá řada. Každá metoda přináší pozitiva i negativa, je proto výhodné při vyšetření kombinovat několik typů metod (Hainer, & Kunešová, 1997).

### **3. Prevalence obezity**

#### **3.1 Česká republika**

Obezita je v dnešní době třetím nejčastějším metabolickým onemocněním ve vyspělých zemích. Zvyšující se počet obézních jedinců ve společnosti dosahuje v jistých směrech až charakteristiky pandemie. I v České republice dochází ke zvyšování prevalence nadváhy a obezity, a to nejen u dospělých. I přesto, že je zvyšující se trend patrný, jedná se spíše o přesun z kategorie nadváhy do kategorie obezity, také o zvyšování prevalence závažnějších stupňů obezity, než o navýšení prevalence nadváhy a obezity jako takové (Hainer et al., 2011).

V roce 2008-09 uspořádali Matoulek, Svačina a Lajka výzkum prevalence obezity u české populace na reprezentativním vzorku české populace (n= 2 058). V České republice tak bylo zjištěno celkem 23% obézních osob v kategorii dospělé populace a 34% dospělých osob s nadváhou (Graf. 1. viz. Příloha).

Procentuelní zastoupení osob s nadváhou v populaci zůstává za poslední tři roky (tedy z výzkumu pořádaného v roce 2005-06) stejné, avšak k vzestupu počtu obézních v populaci za poslední tři roky stouplo o 5 procentních bodů.

Výzkum Matoulka, Svačiny a Lajky se snažil obsáhnout co největší množství proměnných, které vstupují do vztahu s obezitou jakožto významné faktory, podmiňující její vznik a výskyt. Mezi ně patří například zvyšující se konzumace masných výrobků na úkor ovoce a zeleniny, vlastnictví automobilu, míru pohybové aktivity atd. Jednou z proměnných byla i rodinná anamnéza. Tato část výzkumu prokázala, že až 77% těch, kteří v dětství trpěli nadváhou či dokonce obezitou, se nacházejí v těchto kategoriích nadále i v dospělosti (Matoulek et al., 2010).

## **4. Zdravotní komplikace obezity**

Pohled na obezitu, jako na závažné onemocnění ohrožující život člověka, je teprve několik desítek let starý. Po staletí byla obezita záležitostí spíše estetickou. Kulturně-historický kontext poté určoval, zda byly kypré tvary vnímány jako kosmetický defekt nebo jako symbol přitažlivosti, plodnosti a bohatství. Nový pohled na toto závažné onemocnění, které přináší mnoho zdravotních komplikací a výrazně zkracuje život, otevřelo půdu pro výzkum v mnoha vědeckých oborech (Svačina, & Bretšnajdrová, 2008).

Zdravotních komplikací, které jsou spojovány s výskytem obezity, je hned několik. Pohled na obezitu jako na nemoc, která působí komplikace, je však složitější, než je tomu u jiných onemocnění. Obezita způsobuje dva typy komplikací, mechanické a metabolické.

### **4.1 Mechanické komplikace**

Mechanické komplikace obezity se přímo vážou na velkou tělesnou hmotnost. V tomto případě se pojem komplikace hodí, vznikají totiž jako důsledek nadměrné tělesné hmotnosti. Mezi tyto komplikace patří nadměrná zátěž kostí a kloubů, bolesti zad, dušnost či například spánkové apnoe. Můžeme sem zařadit i komplikace chirurgické či porodní. Onemocnění pohybového aparátu jsou u obézních cca 2x častější než u osob s normální váhou, na rozdíl od onemocnění metabolických, u kterých je riziko obézního oproti člověku s normální tělesnou hmotností až 4-5x vyšší (Svačina, & Bretšnajdrová, 2008).

### **4.2 Metabolické komplikace**

Metabolické komplikace nejsou komplikacemi v pravém slova smyslu. Obvykle mají s obezitou společný původ, ale nelze se ptát, co je v tomto případě příčinou a co následkem. Vznikají souběžně, ze společné příčiny, kterých může být několik (genetické vloh, přejídání, nedostatek živin, nedostatek pohybu) (Svačina, & Bretšnajdrová, 2008).

## 5. Etiopatogeneze obezity

### 5.1 Energetická rovnováha

#### 5.1.1 Energetický příjem

Obezita vzniká v důsledku narušení energetické rovnováhy, tedy když energetický příjem převyšuje energetický výdej (Hainer et al., 2011).

##### 5.1.1.1 Skladba potravin

- **Tuky:** Na zvýšeném energetickém příjmu se podílí především zvýšená konzumace tuků. Tuky by měly představovat 30% celkového energetického příjmu denně. Problém u tuků je především v jejich malé sytící schopnosti, tedy člověk, kterému ve stravě převažují tuky, musí sníst větší množství potravy proto, aby byl nasycen (Hainer et al., 2011).
- **Sacharidy:** Úloha sacharidů v rozvoji obezity se týká především zvýšené konzumace jednoduchých sacharidů jako jsou fruktóza a sacharóza. Komplexní sacharidy naproti tomu k rozvoji obezity nepřispívají. Při zvýšeném příjmu sacharidů dochází k adaptačnímu zvýšení jejich spalování, a to až na dvojnásobek. Tělo začne přeměňovat sacharidy na zásobní tuk až po dlouhodobém příjmu nadměrného množství sacharidů. I tak je ovšem přeměna sacharidů na zásobní tuk výrazně omezena především množstvím jaterního a svalového glykogenu (Hainer et al., 2011).
- **Bílkoviny:** Nadbytečný příjem bílkovin ve stravě dospělého jedince se na vzniku obezity nepodílí. Některé studie ovšem uvádějí, že nadměrný přísun bílkovin v dětství a dospívání může mít vliv na rozvoj obezity v dospělosti. Výsledky těchto studií však doposud nebyly jednoznačně potvrzeny (Hainer et al., 2011).
- **Alkohol:** Podíl na vzniku obezity může mít i zvýšená konzumace alkoholu. Alkohol má vysoký energetický obsah a bezprostředně po požití je oxidován. Oxidace alkoholu však potlačuje oxidaci ostatních energetických zdrojů, což má za následek jejich hromadění (Hainer et al., 2011).

#### 5.1.2 Energetický výdej

Celkový energetický výdej se sestává ze tří složek. Je to klidový energetický výdej, potprandiální termogeneze a energetický výdej při pohybové aktivitě.

- Klidový energetický výdej

Klidový energetický výdej tvoří 55-70% celkového výdeje. Tento výdej je spojen se základními životními funkcemi a s udržováním tělesné teploty. Proměnlivou složku v energetickém výdeji představuje kouření a konzumace nápojů s obsahem kofeinu. Ty mohou zvýšit energetický výdej až o 10% (Hainer et al., 2011).

- Postprandiální termogeneze

Postprandiální termogeneze je výdej, který je spouštěn příjmem potravy. Je to tedy výdej spojený s trávicími procesy, vstřebáváním a metabolismem živin. Tento výdej činí 8-12% celkového energetického výdeje. Přičemž výše klidového energetického výdeje a postprandiální termogeneze je určována genetickými faktory jedince (Hainer et al., 2011).

- Energetický výdej při pohybové aktivitě

Energetický výdej při pohybové aktivitě činí asi 20-40% celkového energetického výdeje. Výše této složky je ovlivněna individualitou každého jedince, jeho přístupem a množstvím aktivity, kterou denně vykonává. Silně tuto složku ovlivňuje také sociokulturní prostředí. V souvislosti s poklesem energetického výdeje při pohybové aktivitě dochází k nárůstu prevalence obezity (Hainer et al., 2011).

### 5.1.3 Životní styl

Životní styl velmi úzce souvisí právě s energetickým výdejem a příjmem u jedince. Na etiopatogenezi obezity se v poslední době může podílet především snižující se pohybová aktivita. Na snížení pohybové aktivity se podepsal rozvoj a využívání techniky. Snížená pohybová aktivita není pouze důsledkem využívání dopravních prostředků, které nám napomáhají přemísťovat se z místa na místo rychle a s vynaložením mála energie, ale také využívání moderní techniky v domácnostech. Automatické pračky, myčky nádobí, elektrické vybavení kuchyně (které zahrnuje elektrické mixéry, odšťavňovače, dokonce i elektrické mlýnky na koření) snižují přirozenou pohybovou aktivitu lidí (Hainer et al., 2011).

Energetický příjem a problémy spojené s ním, které ve svém důsledku mohou podpořit rozvoj obezity, se týkají nejen množství přijímané potravy nebo její skladby, ale také celkové úpravy jídla. Diskutovaným fenoménem jsou v dnešní době fast-foody, jejich podíl na vzniku a rozvoji obezity a na stravovacích zvyklostech populace. V jednom z výzkumů provedeném v Americe bylo zjištěno, že konzumace smažených jídel mimo domov podporuje zvýšený přísun slazených nápojů a snižuje příjem mléčných výrobků, ovoce a zeleniny. Tento výzkum



byl prováděn na dětech ve věku od 9-14 let. Prokázal, že čím jsou děti starší, tím více konzumace těchto jídel ovlivňuje vzestup jejich hmotnosti a může ve svém důsledku predisponovat jedince ke vzniku nadváhy a obezity v dospělém věku (Taveras et al., 2005).

Studii, které prokázaly vzestup BMI při dlouhodobé konzumaci potravin z fast-foodu lze nalézt více. V Evropě se například touto problematikou zabývaly ve výzkumu Schröder se svými kolegy. Předmětem jejich výzkumu byla konzumace fast foodů u Španělské populace (Schröder et al., 2007). Rychlá občerstvení se vyznačují především stravou s vysokou energetickou densitou a nadměrnými porcemi jídla. Vztah mezi konzumací jídel z fast-foodů a zdravotními komplikacemi s touto konzumací spojenými (mezi které řadíme i obezitu) by neměl být opomíjen (Rosenheck, 2008).

## **5.2 Genetické faktory**

Dle nových poznatků je náchylnost k rozvoji obezity ovlivňována dědičnými faktory. Obezita, definována jako zmnožení tělesného tuku, vzniká vlivem pozitivní energetické bilance u geneticky predisponovaných jedinců. Genetické faktory na vzniku obezity se pak podílejí dle Hainera ze 40% - 70% (Hainer et al., 2011).

(Autoři se na přesném podílu genetických faktorů na vzniku obezity nemohou shodnout, lze tedy najít i jiné číselné údaje.)

V roce 1990 provedli Stunkard a spol. experiment, který měl odpovědět na otázku, zda se na vzniku obezity podílí ve větší míře genetické faktory nebo faktory prostředí. Aby mohla být tato otázka zodpovězena, museli respondenti splňovat určitá kritéria. Hlavním kritériem byla totožná genetická výbava u dvou respondentů žijících v odlišném socio-kulturním prostředí. Stunkard a spol. tedy vyhledali pro svou studii monozygotní a dizygotní dvojčata. Tato dvojčata pak byla rozdělena do 4 skupin. Tyto skupiny byly utvořeny podle toho, zda spolu respondenti sdílejí jedno socio-kulturní prostředí nebo žijí odděleně.

Výsledky výzkumu neprokázaly zásadní vliv prostředí na velikost BMI (Tab. 1. viz. Příloha). Velikost mezipárové korelace neprokázala statisticky významný rozdíl u dvojčat žijících v jedné rodině (tedy ve stejném socio-kulturním prostředí) ani u dvojčat žijících odděleně. Výsledky výzkumu potvrdili, jak významně mohou genetické faktory predisponovat u jedince velikost BMI (Stunkard et al., 1990).

## **5.3 Farmaka**

### **5.3.1 Jak léky ovlivňují vzestup hmotnosti**

Léků, které mohou navodit vzestup tělesné hmotnosti je několik skupin. Většina těchto léků ovlivňuje buď příjem potravy, nebo ovlivňují energetický výdej a ukládání tukových zásob. Je důležité podotknout, že pakliže pacient začne přibírat na váze, nemusí jít o nežádoucí účinek léku, ale například o špatnou indikaci nebo o neadekvátní dávkování léku (Hainer, & Kunešová, 1997).

### **5.3.2 Psychofarmaka**

V této práci bych však ráda zmínila dvě skupiny léků, které se zdají být z psychologického hlediska jistými paradoxy. Jedná se o skupinu tricyklických antidepresiv a skupinu antipsychotik.

Antidepresivum je lék příznivě ovlivňující emotivitu, působící proti depresi, beznaději a pasivitě.

Antipsychotikum (také neuroleptikum) je lék s příznivým účinkem u psychóz. Tyto léky obsahují látky, které uvádí vegetativní nervový systém do klidu, příznivě ovlivňující myšlení i chování.

Vzestup tělesné hmotnosti u těchto léků může mít silný dopad na psychiku jejich uživatelů. Zůstává velkým paradoxem, že léky které mají napomáhat zlepšení psychického stavu, mohou jako vedlejší účinek zapříčinit obezitu. Ta může zpětně negativně ovlivňovat psychiku jedince. Podle některých psychiatrů je právě vzestup tělesné hmotnosti třetí nejčastější příčinou vysazování antipsychotik (Hainer, & Kunešová, 1997).

## **5.4 Problematická období**

Problematickým obdobím označujeme období v lidském životě, která svými okolnostmi mohou přispět ke vzniku obezity. Chceme-li předcházet obezitě, je důležité znát období, která se mohou stát rizikem pro rozvoj obezity a jejich specifika. Problematickými obdobími jsou:

- **Prenatální vývoj:** Nutriční a psychologické vlastnosti jedince se tvoří dlouho před narozením dítěte. Výživa dospělé ženy ovlivňuje vývoj svého potomka ještě dříve, než dojde k jeho početí. Vývoj dítěte je ohrožen především při těžších formách poruch výživy- těžké choroby či dietní omezení, u nichž dochází k nutriční deficienci. Těžší

podvýživa těhotné ženy ovlivňuje schopnost plodu vyrovnávat nedostatek výživy a způsob využití živin, což může vést k pozdějšímu rozvoji obezity u narozeného dítěte (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

- **Období dospívání:** Dospívání představuje problematické období pro rozvoj obezity především u žen. Může za to estrogen, ženský pohlavní hormon. Hormonální změny v organismu ženy spojené s nástupem první menarche mohou zapříčinit nárůst tělesného tuku v tomto období (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

Hainer ve své knize uvádí, že až 30% dospělých žen (ve věku okolo 36ti let) uvádí období dospívání jako období, kdy došlo k rozvoji jejich obezity. Naproti tomu u mužů bylo toto období pro vznik obezity udáváno jen v 10% případů (Hainer et al., 2011).

Rizikovost tohoto období můžeme následně spatřovat ve snaze dospívajících dodržovat dietní režim stravování za účelem snížení hmotnosti. Nesprávné stravování v období dospívání může vést k mnoha zdravotním komplikacím. Redukční dieta však představuje pro dospívajícího jedince (i dítě) velkou zátěž, při které je nutné překonávat frustrace při porušení dietního režimu. Ohrožujícím faktorem mohou být i přejímané vzory z rodiny, kde se vyskytuje osoba držící dietu a stává se tak vzorem pro dospívajícího člověka. Nesprávný dietní režim může vést až k poruchám příjmu potravy (mentální bulimie či anorexie) nebo může vést až ke vzniku obezity (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

- **Doba těhotenství a následné období po porodu:** V těhotenství fyziologicky stoupá hmotnost průměrně o 12,5 kg, z čehož 3-6 kg připadá na vzestup tukové tkáně matky. Tato tuková tkáň představuje energetickou zásobárnu pro dítě v období kojení (Hainer et al., 2011).
- **Menopauza:** Stejně jako období dospívání u dívek, je období menopauzy u žen spojovány s výkyvy hormonální hladiny a celkových hormonálních i metabolických změn v organismu ženy. I v období menopauzy dochází k redistribuci tuku, který se více ukládá v horních partiích těla a v abdominální oblasti (Hainer et al., 2011).

Klimakterium je však multifaktoriálně podmíněný stresor nesouvisející pouze s hormonálními změnami v organismu. Ztráta reprodukční schopnosti ženy může být vnímána jako symbolická ztráta mládí a feminity. Toto období je navíc často doprovázeno zásadními změnami v rodinném životě, například s odchodem dospělých dětí z rodiny (Hlúbik, & Vosečková, 2002).

- **Období dospělosti:** Toto období je spojováno s okolnostmi, které mohou v životě dospělého člověka zapříčinit změnu v pohybových a jídelních zvyklostech. Takovouto změnou může například být změna zaměstnání, problémy v osobním či pracovním životě, ukončení sportovní aktivity, dlouhodobá onemocnění nebo úrazy, odchod do důchodu (Hainer et al., 2011).

Predispozice ke vzniku obezity, a jejímu následnému rozvoji, se mohou vyvíjet u jedince již od raného dětství. Jak již bylo zmíněno, dítě přebírá rodinné vzorce, které se v celé své šíři týkají výběru a skladby potravin, přes potravní chování, význam, jaký je v rodině jídlu přiřazován atd. Odlišnosti v jídelním chování, které později mohou vést až k rozvoji obezity, se mohou vyskytovat u jedince již od raného dětství. Hlúbik s Vosečkovou ve své práci popisují, že odlišnosti v jídelním chování mohou plynout ze specifík dyadického vztahu matka-dítě. Pokud matka nerozlišuje specifika potřeb dítěte a na projevy nespokojenosti dítěte reaguje, vlivem chybné percepce, krmením, může u dítěte dojít k nižší diferenciaci tělových pocitů a emocí, zejména tedy pocitu hladu od jiných typů strádání. Dítě se následně učí reagovat na svá strádání přísunem potravy. Fyzické nasycení se pak stává chybným nasycením jiných potřeb, které nebyly správně dekodovány. Vzniká nám tak bludný kruh potravního chování, které může zapříčinit vznik obezity v dospělém věku (Hlúbik, & Vosečková, 2002).

## **5.5 Hormony**

Pokud najdeme u obézního pacienta některé endokrinní změny, jedná se povětšinou o změny sekundární. Primární endokrinní onemocnění jako příčinu obezity najdeme v klinické praxi jen vzácně.

Obezita však sama o sobě vede k poruchám tzv. osy hypothalamus- hypofýza- nadledviny, konkrétněji vede k hyperaktivitě této osy. U žen je navíc obezita často doprovázena poruchami reprodukce (přibližně u 30-40% obézních žen) (Hainer et al., 2011).

## **5.6 Další faktory**

Mezi další faktory predisponující jedince ke vzniku obezity můžeme zařadit:

- **Pozitivní rodinou anamnézu:** Pozitivní rodinná anamnéza může poukazovat na genetické predispozice ke vzniku obezity a dalším přidružujícím se nemocem (jako je diabetes mellitus 2. typu či hypertenze). Výskyt obezity v rodině může však být také výsledkem nesprávného životního stylu. Ten se projeví na vzorcích chování dětí přejatých od rodičů. Rozvoj obezity a její výskyt u dospělého jedince pak závisí především na úpravě návyků a zvyklostí převzatých z původní rodiny (Hainer et al., 2011).
- **Socioekonomické postavení:** Podstatným faktorem pro rozvoj obezity je socioekonomický status jedince v dané společnosti. Socioekonomický status je určován mnoha dalšími faktory, mezi které můžeme zařadit vzdělání a výši příjmu jedince v dospělosti. Člověk je bytost závislá na svém okolí, na společnosti. Sociální status poskytuje člověku emocionální zázemí, pocity, že si člověka společnost váží a opatruje ho. Z uvedeného vyplývá, že s klesajícím sociálním statusem klesá spokojenost člověka, což má vliv na zdraví jako takové a může vést až k rozvoji nezdravých životních návyků, které mohou vést až k rozvoji obezity (Willkinson, & Marnot, 2003). V České republice se pak vyšší výskyt obezity spojený s nižším socioekonomickým statusem a vzděláním objevuje především u venkovské populace (Hainer et al., 2011).
- **Anamnéza kolísání hmotnosti:** Neboli takzvaný jojo-fenomén. Jojo fenomén, nebo také jojo efekt, je neustále se opakující snižování a opětné nabírání váhy. Tento efekt se často objevuje u lidí, kteří se snaží ve velmi krátkém časovém rozmezí zhubnout za pomoci nevyhovujících diet. Držení diety je dneska velmi rozšířený a populární fenomén, především u ženské části populace. Nesprávně sestavená dieta, která nerespektuje vyváženost jídelníčku a správně zvolený typ i množství pohybu, může mít fatální důsledky na lidské zdraví (Hainer et al., 2011). K problematice diet a jojo fenoménu se vrátím v kapitole Terapie obezity.

## **6. Osobnost obézního jedince**

### **6.1 Psychické vlastnosti u obézních**

Již odedávna se snažili lékaři a psychologové všimnout podobnosti mezi tělesnou konstitucí člověka a jeho povahovými zvláštnostmi či rysy. Historie temperamentových teorií sahá až do 4. století před naším letopočtem, kdy jedna z prvních dochovaných teorií tohoto typu se připisuje Hippokratovi. Ten rozlišoval čtyři hlavní typy lidských povah v závislosti na rozložení základních tekutin v těle. První vážnější pokus o vytvoření teorie, která propojuje lidské vlastnosti se stavbou těla, pak učinil Ernst Kretschmer (Říčan, 2010).

Pokusy o hledání spojitosti mezi psychickými vlastnostmi a tělesnou konstitucí, především tedy konstitucí osob s nadváhou či obezitou, mají své kořeny v dávné minulosti a přetrvávají dodnes. Důležité je však si uvědomit, že lidé trpící nadváhou či obezitou, nemohou a ani netvoří homogenní skupinu, která by se dala vystihnout výčtem osobnostních vlastností, které by tuto skupinu propojovali. Studie provedená v roce 2003 A. Rydén a kol. měla za cíl vysledovat rozdíly v rysech osobnosti mezi obézními jedinci a jedinci s normálním váhovým rozložením. Ze studie nevyšel signifikantní rozdíl v osobnostních rysech obézních jedinců oproti běžné populaci (Rydén et al., 2003).

Výzkumy týkající se vztahu mezi osobností a obezitou jedince se však ne vždy shodují ve svých závěrech. O rok později Rydén se svými kolegy sestavila studii, která se zabývala problémem rozdílu psychických vlastností u obézních jedinců specifitěji. Sledovala totiž, zda nedochází ke změně v psychice obézního jedince, který se rozhodl podstoupit bariatrickou léčbu obezity. Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda snížení váhy dva roky po provedeném zákroku vede ke změně některých osobnostních rysů. Výzkum prokázal snížení somatické úzkosti u jedinců, u nichž vlivem bariatrické operace došlo k zásadnímu váhovému úbytku (v průměru šlo o 28 kg) (Rydén et al., 2004). Studie z roku 2008 provedená Davisem a jeho kolegy také poukázala na to, že lidé trpící obezitou jsou ve větší míře úzkostliví a častěji impulsivní než běžná populace (Davis et al., 2008). Rozdíly v osobnostních rysech nalezneme, podle výsledků výzkumu Sullivana a spol., také u jedinců, kteří se rozhodli léčit obezitu konzervativní léčbou a u jedinců, kteří k tomuto rozhodnutí nedospěli (Sullivan et al., 2007).

V populaci obézních osob a osob s nadváhou tedy můžeme nalézt jisté známky psychopatologie (Hlúbik, & Vosečková, 2002). Z výsledků výše uvedených studií bychom však měli vyvodit závěr, že i přes některé společné rysy doprovázející nadváhu a obezitu, nelze sestavit obecný osobnostní profil obézního jedince. Individuální osobnostní rysy jsou dynamickou záležitostí vztahující se k momentální hmotnosti jedince, stavu léčby obezity, předcházejících úspěchů a neúspěchů v léčbě a mnoha dalším faktorům. Heterogenita osobnostních rysů v populaci obézních jedinců i v běžné populaci je zřejmá a nedá se přehlížet (Rydén et al., 2003).

Změna osobnostních rysů jedince však může být také zapříčiněna společenskou stigmatizací obézních osob. Obézní jedinci mohou subjektivně vnímat nižší kvalitu života, pocity izolace, diskriminace, nižší sociabilitu či ztížené společenské uplatnění. Tyto okolnosti pak ve svém důsledku mohou zapříčinit zvýšenou úzkostlivost, depresivitu či právě impulzivnost, tedy jisté známky psychopatologie u lidí trpících obezitou (Hlúbik, & Vosečková, 2002).

## **7. Obezita a psychopatologie**

### **7.1 Vnímání vlastního těla**

Body image můžeme definovat jako způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí. Psychologické aspekty vnímání vlastního těla začaly být zkoumány až ve 20.ých letech 20.tého století. Pojem „body image“ zahrnuje odhad velikosti vlastního těla, hodnocení přitažlivosti svého těla, emoce spojené s tvarem a velikostí postavy. Vnímání obrazu vlastního těla vyjadřuje mimo jiné i postoj jedince k ostatním lidem a promítá se do mezilidské interakce (Grogan, 2000).

Obecně se předpokládá, že se obézní jedinci a jedinci trpící nadváhou musí cítit špatně vzhledem k vnímání svého těla- vždyť jsou přeci obézní. Tento předpoklad poukazuje na sílu sociálního stigma ve společnosti proti obézním lidem: „oni se přece musí cítit zahanbeně, vždyť jejich nadváha reprezentuje charakterové vady jako je lenost, nenasytlost, nedostatek sebekontroly a požitkářství“. Obezita je obecně spojována s narušeným obrazem sebe sama, ovšem ne všichni obézní jedinci vnímají své tělo negativně. Závažnost narušeného vnímání svého těla se poté u obézních jedinců značně liší a nemusí být úměrná stupni obezity, kterým jedinec trpí (Cash, & Pruzinsky, 2002).

Ve studii provedené v roce 2000 porovnával Wilfley se svými kolegy obézní jedince trpící záchvatovitým přejídáním, mentální anorexií a mentální bulimií. Kontrolní skupinou byli obézní jedinci bez diagnózy záchvatovitého přejídání a jedinci s normální váhovým rozložením. Wilfley zjistil, že jedinci trpící záchvatovitým přejídáním dosahují v testování podobných hodnot u položky „obava z jídla“ jako pacienti s mentální anorexií a u položek „obava z hmotnosti a tvaru těla“ dosahovali podobných hodnot jako jedinci trpící mentální bulimií. Zaujetí pro vlastní hmotnost a tvary těla vycházely u všech tří skupin velmi podobně. Stejně tak všechny tři zmiňované skupiny často uváděly, že tvar těla a hmotnost hraje důležitou roli v tom, jak hodnotí sami sebe (Wilfley et al., 2000). Zdá se tedy, že jedinci trpící záchvatovitým přejídáním jsou vystaveni zvýšenému riziku poruch body image (Cash, & Pruzinsky, 2002). V roce 2009 výzkum polské psycholožky Makary-Studzińskiej popsal tendenci obézních osob svou váhu podceňovat i přeceňovat, přičemž zdůrazňuje heterogenitu v postoji obézních osob ke svému tělu. Je však zajímavé, že u obézních jedinců, kteří vykazovali negativní body image před nástupem redukčního režimu, nedošlo ke změně v tomto negativním postoji ani poté, co byli v redukčním režimu úspěšní. Redukce váhy tedy



nemusí nutně znamenat zlepšení postoje k vlastnímu tělu (Makara-Studzińska & Zaborska, 2009).

Cash a Pruzinsky ve své knize věnované problematice body image poukazují na rozdílné poznatky týkající se body image u obézní populace. Poukazují však na dva významné rizikové faktory, které se mohou ve svém důsledku odrazit na body image. Jedním z rizikových faktorů je právě syndrom záchvatovitěho přejídání. Druhým faktorem je zvládnutí a vyrovnaní se s diskriminací a sociálním stigmatem, kterou sebou obezita přináší (Cash, & Pruzinsky, 2002). V roce 1999 byl proveden výzkum četnosti sociální stigmatizace obézních jedinců a dopady této stigmatizace na psychiku jedince. Z výsledků vyplývá, že stigmatizace je pro obézního člověka běžnou zkušeností, se kterou se setkává ve společnosti poměrně často. Častější expozice stigmatizaci obézních jedinců pak vede ke zvýšené úzkosti a může vést až k těžším formám obezity (zvolí-li si jedinec strategii vyrovnávání se se stigmatem zvýšeným příjmem potravy) (Mayers, & Rosen, 1999). Stigmatizace obézních osob zvyšuje pravděpodobnost internalizace negativních informací o sobě a může tak zpětně působit negativně na body image. Změna postojů k obezitě ve společnosti může pomoci osobám s obezitou či nadváhou najít jednodušší cestu k akceptaci a změně postojů k vlastnímu tělu (Cash, & Pruzinsky, 2002).

Poruchy vnímání tělového schématu u jedince s nadváhou či obezitou mohou způsobovat nejistotu v interpersonálních vztazích, mohou mít dopad na kvalitu sexuálního života a mohou se dotýkat i profesionálního vývoje. Tělové schéma a vnější zjev jsou úzce vázány k sebehodnocení a sebezpožívání, dále pak s procesy, které jsou významné pro vnitřní stabilitu a integritu osobnosti člověka (Hlúbik, & Vosečková, 2002).

#### 7.1.1 Gender a etnicita

Yancey provedl v roce 2006 výzkum, ve kterém zkoumal genderové rozdíly ve vnímání tělesného schématu u obézních. Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že ženy vnímají své tělo mnohem přísněji než muži a mají sklon svou váhu nadhodnocovat (Yancey et al., 2006).

White se svými kolegy v roce 2004 provedl experiment, jehož cílem bylo zjistit, zda je se zvyšujícím se BMI u obézních jedinců subjektivně vnímána snižující se kvalita jejich života. Výzkum vedl k potvrzení této hypotézy, navíc otevřel otázku etnických rozdílů ve vnímání tělového schématu a životní spokojenosti. Nejnížší úroveň kvality života prožívaly totiž ženy-

bělošky, a to i přes to, že jejich BMI bylo výrazně nižší než u černošského etnika nebo než u mužské části vzorku. Důležité je však si uvědomit, že stupeň obezity ovlivňuje kvalitu života v různých jeho částech i míře a že vztah mezi subjektivně vnímanou kvalitou života obézního jedince a etnikem (případně tedy genderovým rozdílem) také není homogenní v celé populaci obézních jedinců (White et al., 2004).

## **7.2 Sexualita**

Obezita může zapříčinit problémy v sexuální oblasti. Problémy sexuality spojované s obezitou jsou pravděpodobně multifaktoriálně podmíněny. Působí zde nepochybně faktory psychologické, především tedy faktor sebevědomí, které může být snižováno nevhodnými projevy a sociální stigmatizací okolí projevujícího se narážkami na zevní vzhled jedince. Výzkum publikovaný v roce 2002 L. Danešem a jeho spolupracovníky poukázal, že v mnoha případech může být podstatná samotná délka obezity u jedince. Ve výzkumu zaměřeného na obézní ženy se ukázalo, že existuje rozdíl v sexualitě u žen, které jsou obézní od útlého dětství oproti ženám, u kterých se obezita projevila v pozdějším věku. Jedním z možných vysvětlení může být právě i delší stigmatizace obézních osob v okolí, které naruší psychosexuální vývoj jedince již v raném věku.

Problémy v sexuální oblasti však mohou být zapříčiněny problematikou hormonální, zvláště poruchami v metabolismu estrogenů. Tyto poruchy mohou vést například ke slabší orgastické schopnosti jedince (Daneš et al., 2002).

Existuje celá řada možností jak napomoci obézním jedincům s problémy v sexuální oblasti. Nutným předpokladem úspěšné sexuologické léčby je také soustředění se právě na příčinu problémů, tedy na základní onemocnění, kterým může být obezita. K sexuologické léčbě je proto v těchto případech podstatná nápomoc obezitologa (Daneš et al., 2002).

### **7.2.1 Poruchy sexuální funkce**

Mezi léty 2006-2012 prováděl Sarwer se svými kolegy výzkum s ženami, které podstoupili bariatrickou léčbu obezity. Výzkum byl zaměřen na poruchy sexuální funkce u žen před operací a po operaci. Výzkum poukázal na zhoršenou funkčnost pohlavních orgánů u obézních žen. Závěry prokázaly, že ženy, které podstoupily bariatrickou léčbu obezity, udávaly zlepšení sexuálních funkcí do dvou let po provedení zákroku (Sarwer et al., 2013).

### 7.2.2 Obezita jako důsledek sexuálního zneužívání

Problémy v sexuální oblasti obézních jedinců však nesouvisí vždy s fyziologickým narušením pohlavních orgánů a jejich funkcí. Jedním z možných rizikových faktorů podílejících se na rozvoji obezity může být sexuální zneužívání (Gustafson et al., 2006).

Při definici normality a abnormality sexuálního chování musíme vždy přihlížet ke kulturně-historickému kontextu dané společnosti. Normalita sexuálního chování je v naší kultuře definována předpokladem pokrevní nespřízněnosti sexuálně aktivních jedinců a požadavkem adekvátní věkové zralosti dospívajících partnerů (v naší kultuře je tato věková hranice stanovena 15. rokem života dospívajícího jedince). Pojmem sexuální zneužívání nemyslíme vždy koitální styk. V některých kulturách je za zneužití považována jakákoliv expozice oběti objektu se sexuálním podtextem, která vede k pohlavnímu vzrušení pachatele, mající negativní vliv na psychiku oběti (Weiss, 2005).

Sexuální zneužívání je spojováno s řadou psychosociálních obtíží a se zdravím ohrožujícím chováním obětí v běžné populaci. Sexuální zneužívání může být rizikovým faktorem pro rozvoj obezity. V roce 2006 se Gustafson se svými spolupracovníky zaměřil na problematiku sexuálního zneužívání u žen trpících obezitou, které se rozhodly svou obezitu řešit bariatricky. Údaje na několika různých psychosociálních úrovních byly získány ze vzorku 567 žen. Ve výzkumu bylo objeveno 17% žen a 11,5% mužů, kteří si ve svém životě prožili sexuální zneužívání. Tito jedinci udávali častější emocionální potíže a abúzus návykových látek v osobní či rodinné anamnéze. Zvyšovala se u nich také pravděpodobnost výskytu záchvatovitého přejídání, zjištěna na základě dotazníku Questionnaire on Eating and Weight Patterns. Obézní jedinci, kteří uváděli prožité sexuální zneužívání, vykazovali více psychických problémů než obézní jedinci bez této traumatické zkušenosti (Gustafson et al., 2006).

V roce 2008 proběhl experiment, který se v kontextu sexuálního zneužívání zabíral také otázkou výskytu deprese u žen středního věku. Do tohoto experimentu bylo zařazeno 4 641 žen, průměrného věku 52 let. Ve výsledcích poté bylo patrné, že sexuální zneužívání (a podobně také týrání) v dětském věku zdvojnásobuje šanci na rozvoj obezity i deprese v pozdějším věku ženy. I přesto, že tato studie je průřezová a nepodařilo se ohlídat další podstatné intervenující proměnné, dala jako jedna z prvních do souvislosti sexuální zneužívání a týrání dětí jako rizikový faktor pro rozvoj obezity a deprese u žen středního věku. Poukazuje tak, mimo jiné, na dlouhodobé nepříznivé důsledky těchto negativních zkušeností v dětství (Rohde et al., 2008).

### 7.3 Deprese

Rozvoj depresivní poruchy a anxiózních stavů dává do souvislosti s obezitou mnoho vědců, kteří se snažili tuto spojitost doložit výzkumy (Lundgren et al., 2012; Hainer et al., 2011; atd.).

Deprese je jednou z nejčastějších typů psychických onemocnění trápící dnešní společnost. Hlavními znaky jsou především skleslá nálada, snížení energie a aktivity jedince. Tím, že u nemocného jedince dojde ke snížení schopnosti radovat se, dochází zákonitě i k poklesům zájmů jedince a ke zhoršování koncentrace. Důvodem může být i značná unavitelnost jedince i po malé námaze. S nástupem deprese dochází u jedince ke snížení sebevědomí a sebedůvěry, často dochází k rozvoji pocitů viny a bezcennosti, objevovat se také mohou myšlenky na sebepoškození či sebevraždu. Výhled do budoucnosti bývá u těchto jedinců pesimistický. Dalšími z příznaků deprese mohou být také poruchy spánku a změny chuti k jídlu. Reakce jedince na depresi může být různá, někteří jedinci svůj smutek spíše zajídají (čímž se celý proces, obezita vedoucí k depresi a deprese napomáhající rozvoji obezity, zacykluje), jiní zase chuť k jídlu ztrácejí (Slabá, 2013).

V roce 2004 se rozhodli Linde a spol. provést studii na vzorku 1 632 osob, které bojovaly s problémem nadváhy. Cílem této studie bylo zanalyzovat četnost výskytu záchvatovitého přejídání a deprese ve vztahu k genderovým rozdílům. Výsledky výzkumu přinesly poznatky týkající se větší náchylnosti žen k anxiózním stavům a depresím, oproti mužské části obézní populace. Korelace mezi úrovní deprese a záchvatovitým přejídáním se ukázala být signifikantně významná. Negativní emoční stavy předvídají neuspokojivé výsledky v léčbě obezity, a to především u žen (Linde et al., 2004).

Deprese se může u obézního jedince vyskytnout z mnoha různých příčin a v různých fázích vývoje tohoto onemocnění. Například neúspěch v léčbě může být jednou z možných příčin rozvoje deprese u obézního jedince. K rozvoji deprese u obézního jedince může přispět také problematika diskriminace a sociální stigmatizace těchto jedinců ve společnosti. Se zvyšující se nadváhou se zvyšuje také pravděpodobnost diskriminace jedince v zaměstnání, což ve svém důsledku může vést ke snížení kvality života tohoto jedince a následně tak k rozvoji deprese (Hlúbik, & Vosečková, 2002).

Jak již bylo výše zmíněno, jedním z možných příznaků deprese je změna chuti k jídlu. Jednou z možných reakcí na toto psychické onemocnění může být právě zajídání smutků. V roce 2010 se řada vědců v Holandsku rozhodla zanalyzovat a předložit systematický přehled možných faktorů, které ovlivňují vzájemný vztah mezi obezitou a depresí. Výzkum potvrdil vzájemný vztah rozvoje obezity a deprese. Obezita dle výsledků zvyšuje riziko rozvoje depresivní poruchy u jedince. Nicméně z výzkumu také vyplynulo, že tento vztah může být i oboustranný, tedy, že deprese se může stát rizikovým faktorem pro rozvoj obezity u dospělého jedince (statistická významnost rozvoje deprese v závislosti na výskytu obezity u jedince se prokázala, v tomto výzkumu, jen u osob starších 20-ti let) (Luppino et al., 2010).

Vztah mezi obezitou a depresí je zřejmý, i když doposud není příčinnost tohoto vztahu plně objasněna. Předpokládáme, že čím vyšší BMI má jedinec trpící nadváhou (popřípadě obezitou), tím se zvyšuje riziko rozvoje depresivní poruchy u tohoto jedince. Vztahem mezi depresí a obezitou se zabývali také vědci na univerzitě v Baltimoru v roce 2003. Zjistili, že je deprese spojována především s obezitou těžšího stupně, nejvýraznější vztah se prokázal u deprese a obezity 3. stupně (BMI nad 40) (Onyike et al., 2003). Deprese je léčitelné psychické onemocnění. Nejúčinnější v léčbě deprese jsou antidepresiva, bez jejich užívání se mohou příznaky zhoršovat a vést až k naprosté ztrátě výkonnosti a izolaci jedince od okolního světa. Lehčí formy deprese lze léčit psychoterapeuticky, optimální je však kombinace psychologická i farmakologická. Psychoterapie obézního jedince původně zaměřená na léčbu deprese, může dát klientovi a terapeutovi prostor pro otevření problematiky terapie obezity jako takové (Slabá, 2013).

## **7.4 Jídelní chování, jeho poruchy a psychopatologie**

### **7.4.1 Jídelní chování**

Příjem potravy zajišťuje uspokojení fyziologické potřeby člověka, zajišťuje přísun potřebných živin pro fungování organismu. Jídlo však sehrává v životě člověka, mimo deplece nutričních rezerv, také subjektivní psychologický stav charakterizovaný určitými prožitky a pocity. Ve vztahu k individualitě jedince a jeho vztahu k výživě můžeme používat termín „nutriční osobnost“. Tento termín v sobě zahrnuje individuální rozdíly v regulaci příjmu potravy a v potravním chování. Energetický příjem je částečně podmíněn hereditárními faktory, avšak důležitou úlohu sehrávají také socioekonomické a kulturní faktory (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

Formování nutriční osobnosti probíhá v závislosti na mnoha vnějších vlivech. Základ pozdějších postojů k jídlu je formován již v raném věku dítěte. Vlivy sociálního prostředí můžeme rozdělit do několika hlavních kategorií, a to z vlivu rodičů, ze sociálních vlivů a působení lidí z prostředí mimo rámec vlastní rodiny. V neposlední řadě také z vlivu sdělovacích prostředků a kulturního prostředí, do kterého se jedinec rodí. Rodina tvoří základ potravního chování každého jedince. Jídelní zvyklosti, které si neseme do dospělosti z původní rodiny, jsou tvořeny:

- Existenčními podmínkami rodiny: sociální status a výše příjmu rodiny určuje výběr a složení potravin.
- Dosažitelnost potravních zdrojů, jako jsou například klimatické podmínky dané země. Naše klimatické podmínky, které jsou charakteristické střídáním sezón během roku, způsobovaly v minulosti rozdíly v dostupnosti některých potravin. Sezónnost se odrážela v celoročním složení jídelníčku.
- Pestrost potravy a příprava jídla.
- Organizace života rodiny: členění denního rytmu jako je pracovní doba, rekreace, kultura, sport.
- Dávkování a počet jídel.

(Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003)

Kulturní prostředí se poté zasazuje o množství tradic spojených nejen s preferencí potravin, ale také s jídelními zvyklostmi doprovázejícími příjem potravin. Tradiční pokrmy připravované v období svátků, jako například mazanec o Velikonocích, Štědrovečerní večeře aj., se během roku nepřipravovaly jindy a vnášely potřebnou změnu do stereotypu ročního jídelníčku. Také mnohé slavnosti spojovány s naší kulturou, jako jsou například zabijačkové hody nebo posvícení, se staly intenzivně prožívanou událostí ukládající se do paměti dětí, které v dospělosti na tyto tradice navazují (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

Svátky a tradice nepředstavují u jedince pouze oživení běžného jídelníčku. Období svátků a tradic pomáhají upevňovat kladné vazby uvnitř rodiny a přispívají k soudržnosti rodiny. O svátcích se setkáváme se členy rodiny, které během roku tak často nenavštěvujeme (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

Jídlo ovšem sehrává důležitou psychosociální úlohu také v každodenním životě jedince, a to proto, že příjem potravy neprobíhá vždy izolovaně a stává se sociální událostí (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

V roce 1995 publikoval deCastro se svými spolupracovníky experiment, ve kterém zkoumal množství přijímaného jídla v závislosti na počtu přítomných osob u jednoho stolu. Mezi nežádoucí proměnné, které by mohly ovlivnit množství přijímaného jídla, zařadili vědci: denní dobu, kdy bylo jídlo přijímáno (tedy zda se jednalo o snídani, večeři či obědy), pracovní den oproti víkendu, přítomnost či nepřítomnost alkoholu, typ jídla (zda se jednalo o běžné jídlo nebo o „snack“) a místo (v restauraci, doma atd.). Experimentu se zúčastnilo 78 dospělých osob. Pozitivní korelace mezi množstvím přijímaného jídla a počtem osob byla však nalezena i po ohlídání těchto nežádoucích proměnných (deCastro et al., 1990).

Zvýšený příjem potravy v závislosti na množství spolustraníku označujeme termínem sociální facilitace příjmu potravy (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

#### 7.4.2 Poruchy výživy

Složky chování a jednání spojené s potravou u člověka, představují složitý a přitom velmi křehký systém, v němž může dojít k poruchám na různých regulačních úrovních. Jedná se o dynamický systém ovlivňovaný vnějšími podněty, neustále se vyvíjející a podléhající časovým změnám (kam můžeme zařadit mimo jiné i závislost na biologickém programu životního běhu člověka) (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

Jedinec může přispět k poruchám výživy různými způsoby: svými postoji k jídlu, potravním chováním nebo celkovým životním stylem. Normální postoj uvádí Fraňková jako takový postoj, který vede k uspokojení fyziologických potřeb jedince a zároveň plní i svou psychologickou a sociální funkci jídla.

Poruchy postoje k jídlu mohou být zapříčiněny mnoha důvody. Mohou být důsledkem nejrozličnějších chorobných stavů nebo výsledkem fyzických či psychických traumat. Důležitou roli sehrává i škála životních zkušeností, které přispívají ke vztahu k výživě jako takové. Poruchy postoje k jídlu mohou souviset s příjmem informací o potravě. Tyto informace mohou být mylné, mohou být mylně zpracovány nemocným nebo mohou být pro svůj obsah ignorovány (klasickým příkladem ignorace informací je preference potravin, jejichž škodlivé účinky na lidské zdraví jsou všeobecně známy) (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

Poruchy se však mohou týkat i poruch potravní motivace. Motivační cyklus potravního chování se skládá ze tří částí (iniciální fáze, apetenčního chování až po chování konzumatorní). V každé z těchto částí může docházet k poruše. Poruchy iniciální fáze potravního cyklu se mohou projevovat jako absence či záměrné potlačování hladu nebo jako periodicky opakující se záchvaty přejídání a nezřízenou chutí na jídlo. Poruchy apetenční fáze se projevují ve fázi vyhledávání a obstarávání si potravy. Jedinci s touto poruchou nakupují

nepřeberné množství potravin, které nemohou spotřebovat, někdy dochází i k jejich hromadění. Z poruch konzumatorní fáze můžeme uvést například jedení jako přeskokovou aktivitu. Přeskoková aktivita je charakteristická tím, že motivace této činnosti nabývá jinou, než původní motivaci. Jedení tak může kompenzovat, stává se substitucí, jiné potřeby a je tak určitým typem východiska ze vzniklé frustrace (Fraňková, & Dvořáková-Janů, 2003).

#### 7.4.3 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou definovány patologických jídelním chováním spojeným s psychopatií a sociální problematikou (Papežová, 2011). Z definice Hartl & Hartlové bych ráda zmínila, že u poruch příjmu potravy je důležitý aspekt určité závislosti na jídle, který sebou nese nadhodnocený význam jídla v životě nemocného jedince (Hartl, & Hartlová, 2004). Poruchy příjmu potravy jsou multifaktoriálně podmíněným jevem specifickým ve svých charakteristikách, je tedy nutné je vnímat v širším biopsychosociálním kontextu (Papežová, 2011). Mezi nejčastější poruchy příjmu potravy řadíme:

- Mentální bulimie (bulimia nervosa- BN) vyskytující se u 2-4% populace.
- Syndrom záchvatovitého přejídání (binge eating syndrome- BED) u zdravé populace se uvádí výskyt až u 2% populace (u obézní populace se udává až 20% jedinců se syndromem záchvatovitého přejídání).
- Syndrom nočního jedlictví společně se syndromem poruchy spánku s nočním jedlictvím (night eating syndrome- NES a night sleep related eating disorder- NSRED) 1-2% populace.
- Mentální anorexie (anorexia nervosa- AN) vyskytující se u 0,5-1% populace.

(Faltus, 2007)

Přejídání se je dominantním příznakem mentální bulimie, a proto je častěji spojováno s tímto typem poruch příjmu potravy. Souvisí však i se specifickými poruchami příjmu potravy, které mohou vést ve svém důsledku ke vzniku a rozvoji obezity. Jelikož je ale přejedení se běžně vyskytujícím typem chování, je poměrně obtížné jej definovat. Krch ve své publikaci definuje přejídání se následovně:



Přejídat se znamená:

- Sníst více potravy, než člověk chtěl nebo než je obvyklé, a to i v nezvyklé kombinaci.
- Sníst jídlo, které není pro mou osobu obvyklé nebo nezapadá do běžného stravovacího režimu.
- Ztratit kontrolu nad svým chováním při konzumaci a schopnost se ovládnout.

(Krch, 2008)

#### 7.4.3.1 Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání bylo navrženo jako možná třetí kategorie poruch příjmu potravy (společně s mentální anorexií a bulimií). Návrh na definici syndromu záchvatovitého přejídání (binge eating disorder- **BED**) obsahuje několik charakteristik tohoto jevu (Hainer et al., 2011).

Záchvatovité přejídání je charakteristické epizodickým příjmem velkého množství potravy v různých časových intervalech. Ústředním rysem je přitom pocit ztráty kontroly nad přísunem potravy. Subjektivně jedinec pocítuje vlastní neschopnost sníst menší podíl potravy nebo s příjmem potravy přestat (Fried et al., 2011). Pro jedince trpícího záchvatovitým přejídáním se je typické, že jí mnohem rychleji než je obvyklé a spíše o samotě, tajně, neboť se stydí za množství přijímané potravy (Hainer et al., 2011). U některých případů může mít příjem potravy rituální postup. Záchvatovité přejídání nespouští hlad a samotná konzumace nekončí při nasycení. Jedinec přijímá potravu až do fáze pocitů nevolnosti či dokonce do fáze bolestí žaludku. Záchvatovité přejídání je charakteristické také pocitem viny a studu, které konzumace nadměrného množství potravy vyvolává. Zprvu jídlo během záchvatu pomáhá ke zklidnění negativních pocitů, většinou vyvolaných nějakou vnější událostí. Po dokonaném aktu se však v jedinci zvyšuje úzkost, pocity viny a stud za neschopnost ovládnout se (Fried et al., 2011).

#### 7.4.3.2 „Uždibování“

Uždibování je definováno jako neplánované, stále dokola se opakující jídelní chování, probíhající mezi hlavním jídlem a svačinou. Uždibování (v anglickém jazyce označováno pojmem „nibbling“) lze zařazovat mezi specifické druhy záchvatovitého přejídání. Stejně jako všechny poruchy příjmu potravy, i uždibování je charakteristické tím, že jedinec subjektivně nevnímá ztrátu kontroly nad svým chováním (Masheb et al., 2013).

Studie, které se věnovaly problematice uždibování, ve svých závěrech nepřinesly konkrétní a jasná data, která by poukázala na zvyšující se BMI v závislosti na fenoménu uždibování. Uždibování může být jedním z mnoha typů stravovacích návyků, které ve svém součtu mohou působit na zvyšující se BMI u jedince a být tak příčinou výskytu obezity. Rozhodně by tento jev neměl být zlehčován či dokonce ignorován (Masheb et al., 2013).

Pojídání malého množství jídla v průběhu celého dne se stává rizikovým především v souvislosti se sníženým účinkem bariatrické operace. Po operačním zásahu je jedinec nucen dodržovat dietní opatření, která by měla bránit či výrazně ztěžovat záchvatovité přejídání. A právě neustálá konzumace malého množství potravy bývá náhražkou náhlých epizodických záchvatů přejídání. Malé množství potravy přijímané v průběhu celého dne totiž po bariatrickém zásahu žaludkem bez problému projde (Fried et al., 2011).

#### 7.4.3.3 Noční přejídání

Pacienti, kteří vykazují tento typ stravovacího návyku, se typicky ráno probouzí, aniž by pocítovali hlad. Jejich snídanež je tedy většinou skromná nebo vůbec žádná, následuje drobný oběd případně malá večeře (Lundgren et al., 2012). Nemocní obtížněji usínají, častěji se probouzejí s nutkavou potřebou jíst (Faltus, 2007). Osoby trpící nočním přejídáním často mluví o jakési neschopnosti přestat jíst, nejsou schopni své chování ovládnout vůlí (Lundgren et al., 2012). Syndrom nočního přejídání se je většinou pouze zástupným problémem. Jídlo zde často plní úlohu prostředku k uvolnění stresu a napětí a ke zmírnění úzkosti. Jídlo však ve svém důsledku nevyvolává potěšení, ale zvyšuje tenzi, úzkost, stud, znechucení a dostavují se také pocity viny během konzumace. Z těchto důvodů jsou záchvaty nočního jedliectví povětšinou utajovány a nemusejí být okolí nápadné. Noční jedliectví nemusí mít vždy za následek vznik a rozvoj obezity, i když Faltus uvádí, že nemocní zkonsumují během večera a noci 50-70% denní dávky jídla, což v průměru činí o 500 kalorií více než jedinci, kteří touto poruchou netrpí (Faltus, 2007).

Hubnoucí proces je u pacientů trpících syndromem nočního přejídání doprovázen emocionálními poruchami, časté jsou především deprese a záchvaty úzkosti doprovázené únavou. Tenzi vzniklou snahou zhubnout pak zmírňuje opět noční přísun potravy (Lundgren et al., 2012). V léčbě syndromu nočního jedliectví jsou úspěšné terapie, zejména kognitivně-behaviorální nebo interpersonální (Faltus, 2007). Papežová zmiňuje také kurzy vedoucí k účinnějšímu zvládání stresu (Papežová, 2011).

Syndrom poruchy spánku s nočním jedlictvím se uvádí jako druhý subtyp syndromu nočního jedlictví. Tento subtyp poruchy nočního jedlictví vzniká na základě poruchy vědomí. Nemocný si není, zcela nebo jen částečně, vědom svého chování. Ve stavu porušeného vědomí může dojít k mnoha úrazům, od konzumace nejedlých potravin (nebo potravin, na které je nemocný alergický) po úrazy při přípravě potravy. I u tohoto typu poruchy příjmu potravy může dojít ke hmotnostnímu nárůstu vedoucího až k rozvoji obezity (Faltus, 2007).

### **7.5 Jídlo jako prožitek**

Dle Freuda a jeho psychosexuálního vývoje by mohla být obezita, jakožto důsledek nadměrného příjmu potravy, výsledkem fixace v orální fázi. Základní etapy psychosexuálního vývoje korespondují s hlavními erotogenními zónami jedince, jejichž podrážděním pak vzniká sexuální vzrušení (Plháková, 2006). V období do 1. roku věku dítěte je zdrojem slasti oblast rtů a vnitřek úst. Příjem potravy je doprovázen slastí, neboť je masírováno okolí úst. Zdrojem slasti jsou tedy činnosti jako je sání, polykání, dumání, ocucávání věcí. Nadměrný sklon jíst a pít v dospělosti značí, dle Freuda, fixaci jedince v orálním stádiu vývoje. Tato fixace je projevem obranného mechanismu ego (Drapela, 2001). Anna Freudová, která se ego obrannými mechanismy zabývala, zdůrazňuje, že použití obranných mechanismů může přispívat ke zmírnění či odstranění negativních pocitů, zejména pak úzkostných stavů. Jedinci fixováni do tohoto stádia mají tendenci udržovat si ústa jako primární erotogenní zónu, zónu uspokojování. Orální fixace se pak může projevit v kouření tabákových výrobků ale i v přehnané orientaci na jídlo (Plháková, 2006). Pojmem orální charakter Freud označuje osobnost jedince, u které trvá orální fixace. Tento typ osobnosti potřebuje být ve svém životě zahrnován péčí, pozorností a láskou. Je to stádium charakteristické pro brání, proto potřebují více opory a podpory a jsou častěji závislí na druhých lidech. Orální charakter se dále projevuje srdečným vztahem k přírodě, mohou se u nich projevovat sklony k narcismu a agrese se u nich projevuje spíše pasivně ve formě manipulace (Kohoutek, 2010).

Tress ve své publikaci zabývající se psychosomatickou péčí otevírá téma obézních pacientů ve vztahu k jídlu, který prožívají. Rozděluje pacienty trpící obezitou do několika skupin. Kritériem těchto skupin je prostředek, který jídlo v životě obézního člověka představuje. Jednou skupinou obézních jedinců pak navazuje na myšlenku Freudovy orální fixace jakožto ego obranného mechanismu chránící osobnost před úzkostí. Tress píše, že jídlo pro tuto skupinu obézních pacientů představuje náhradu za chybějící mateřskou lásku a slouží jako

obrana a prostředek pro vypořádání se s depresivními pocity. U obézního jedince také může jídlo představovat náhradu v situacích osamělosti. Jídlo se tak může stát symbolem lásky, bezpečí a odškodnění za utrpěné bolesti a zklamání. Zlobu, která vyplývá právě z pocitů zklamání, tito pacienti nesměřují proti druhým lidem, nýbrž proti sobě samým, a to právě sebedestruktivním přístupem k potravě, který může mít až charakter poruch příjmu potravy (Tress et al., 2008).

## **8. Terapie obezity- konzervativní**

### **8.1 Otázka motivace v léčbě obezity**

Jednou z podmínek úspěšné léčby obezity u jedince je jeho dostatečná motivace. Motivace, společně s vůlí, určují, s jakým odhodláním se klient do léčby pustí, jak aktivně bude spolupracovat a kolik úsilí bude ochoten do procesu hubnutí vkládat. Motivace k léčbě u obézního jedince může být nejrůznějšího charakteru. Motivace může pocházet z vnějšího nátlaku, může se jednat o rodiče, přátele, partnera, kolegy v práci atd. Vnější nátlak je dneska navíc posilňován předkládaným ideálem krásy. Motivace může vycházet i z obav nebo strachu o své zdraví, které se často objeví až po přímé konfrontaci rizik s lékařem.

I přesto se můžeme v praxi setkat s několika jedinci, jejichž motivace pramení z postoje „chci“ (Hainer et al., 2011).

### **8.2 Diety**

Jak již bylo výše uvedeno, příjem energie společně s energetickým výdejem jsou základem energetické rovnováhy celého organismu. První podmínkou u obézního člověka, snažícího se snížit svou tělesnou hmotnost, je ovlivnění příjmu potravy. Avšak změnu jídelníčku, a tedy nalezení vhodného dietního režimu u jedince trpícího obezitou, musíme doplnit o zvýšení fyzické aktivity jedince a o změny behaviorální. V globálu nám tedy jde o ovlivnění a změnu celkové životosprávy jedince. Je však důležité si uvědomit, že změna životosprávy představuje pro jedince, kterého se změna týká, nemalý zásah do jeho života a může být změnou velmi stresující. Změna životosprávy nemůže být nikdy náhlá a neobjevuje se bez občasného pochybení v jejím dodržování. Je proto důležité, aby byl jedinec i ve chvílích, kdy chybuje, svým okolím nadále podporován a nikoliv odsuzován. Právě podpora okolí může v jedinci posilovat motivace pro změnu životosprávy a pomůže se tak vyvarovat možné rezignaci a návratu k původnímu stylu života, který vedl až ke vzniku obezity (Hainer et al., 2011).

#### **8.2.1 Dietní průmysl**

Jednou z nejmocnějších společenských sil podporujících idealizaci štíhlosti v západní společnosti je dietní průmysl. „Dietování“ se dnes týká rozsáhlé části populace, i přesto, že netrpí nadváhou či obezitou. Dietní průmysl vytváří problém nespokojenosti s vlastním tělem

a zároveň nabízí jeho řešení. Vytváří tak začarovaný kruh, jehož výsledkem může být narušené pojetí sebe sama. Nesprávný dietní režim může vést ke zdravotním potížím a může být jednou z přidružených příčin vzniku obezity ve společnosti, díky tzv. jojo efektu. Začarovaný kruh diet poté vzniká i u obézního jedince, který opakovanými neúspěšnými pokusy držet dietu zvyšuje svůj váhový přírůstek a může tak upadat do pocitů bezmocnosti, úzkosti a sklíčenosti (Grogan, 2000).

### **8.3 Fyzická aktivita**

Léčba obezity by neměla být bojem s hmotností vyjadřovanou v kilogramech. Měla by být chápána jako komplexní postup, kdy je třeba zapojit více typů terapie obezity a reflektovat pak úspěšnost váhového úbytku z celistvého hlediska i úspěšnosti jedince v jejích jednotlivých složkách. Důležitou součástí každé diety by měla být fyzická aktivita. Strategie mírného váhového úbytku o 5-10%, je reálná pro každého motivovaného pacienta (Svačina, & Bretšnajdrová, 2008).

I přesto, že existuje obecné povědomí o významu fyzické aktivity ve vztahu ke zdravému tělu a štíhlé postavě, existuje mnoho psychických faktorů, které mohou bránit obéznímu člověku v tom, aby fyzickou aktivitu vykonával. Můžeme se ve společnosti setkat s názory, že lidé trpí nadváhou a obezitou proto, že se nedokážou ovládat, jsou líní a mají slabou vůli. I tyto názory poukazují na fakt, že existuje společenská stigmatizace obézních lidí vedoucí k posměchům a k diskriminaci jedince s nadváhou. Je poté zcela pochopitelné, že motivace ke cvičení, se vlivem této stigmatizace může snižovat. Má-li člověk ve svém snažení vytrvat, musí mu cvičení přinášet potěšení a uspokojení z vykonané činnosti. Toho se ale dosahuje těžce, reaguje-li společnost na fyzicky aktivního obézního jedince negativně. Subjektivně nepříjemný může být i samotný akt nákupu sportovního oblečení a vybavení ve vhodné velikosti (Grogan, 2000).

### **8.4 Léčba obezity farmaky**

Cílem farmakoterapie by mělo být korigování metabolických a regulačních poruch podmiňujících rozvoj obezity, přičemž aplikace těchto farmak by měla být dlouhodobá, lépe celoživotní. V současnosti se k léčbě obezity farmaky přistupuje obvykle až poté, co selhala dietní opatření, pohybové a behaviorální terapie (Hainer et al., 2011).

Mezi nežádoucí účinky farmak užívaných při léčbě obezity jsou především deprese, návykovost, psychostimulační působení, pak také kardioexcitační působení, deficity vitaminů, tvorba protilátek, nauzea atd. (Hainer et al., 2011).

### **8.5 Psychologická léčba obezity**

Tress ve své publikaci nabízí zajímavý možný důvod neúspěchů v konzervativní léčbě u obézních pacientů. Terapie obezity podle jeho názoru selhává především z důvodů narušeného chápání vztahu mezi lékařem a obézním pacientem. Tress míní, že diagnózu obezity nebere ani jedna strana dostatečně vážně. Pacient by rád vyloučil z možných důvodů vzniku obezity nesprávné stravovací návyky a doufá, že lékař bude akceptovat jiné důvody nadváhy, především tedy ty fyziologické. Lékař podle Tresse zase často předpokládá, že pacient zhubne na základě vlastního předsevzetí a vůle. Nechápe poté, proč pacienti nedodržují daná doporučení a v léčbě selhávají, což může vést k tomu, že lékař sáhne po moralizování pacienta případně po jeho znevažování. Bude-li i nadále pacient popírat své problematické chování při příjmu potravy (je-li opravdu obezita důsledkem problematického chování při příjmu potravy), naráží lékař a pacient na problém. Nevyřešení tohoto problému může u pacienta vést k rezignaci na léčbu a k prohloubení pocitů úzkosti a deprese (Tress et al., 2008).

#### **8.5.1 Práce psychologa**

Výše popsáný možný pohled na léčbu obezity dobře ilustruje podstatu psychologické léčby obézního pacienta. Práce psychologa se zaměřuje na jednotlivce a jeho konkrétní situaci. Psycholog v práci s obézními jedinci může využívat několik typů intervencí s ohledem na potřeby a specifika konkrétního jedince, který vyhledal psychologickou pomoc. Psycholog má možnost se u pacienta rozhodnout, zda zvolí formu edukačního rázu, formu psychologického poradenství nebo formu psychoterapeutickou (Hainer et al., 2011).

- **Psychologické poradenství**

Poradenství volí zkušený psycholog u pacientů, jejichž psychické komplikace jsou spíše situačního rázu. U pacienta se zaměřuje na změnu životních zvyklostí a stereotypů, které vedly ke vzniku a rozvoji obezity, na překonávání psychických problémů pacienta, které vyvolává a doprovází sama nadváha nebo redukční režim. Poradenství má za cíl

zprostředkovat rady a informace, které pomohou člověku řešit problémy s nadváhou (Hainer et al., 2011).

- **Psychoterapie**

Psychoterapii v léčbě obezity volíme u klientů, kde jsou psychické komplikace hlubší osobnostní povahy. Psychoterapie směřuje k vyrovnávání se se sebou samým a ke svobodnému a zodpovědnému zacházení se svým životem. Smyslem terapie je osvobodit se od v životě se opakujících problémových situací, neurotických symptomů či povahových rysů, omezujících člověka v jeho plné osobní realizaci a existenci. Obecně rozlišujeme individuální a skupinovou terapii (Hainer et al., 2011).

V obezitologických centrech bývá častěji preferována terapie individuální. Pravděpodobný důvod preference této terapie je v počáteční snaze psychologa porozumět pacientovým problémům co nejvíce do hloubky (Hainer et al., 2011). Zvyšující se počet obézních osob v naší zemi i ve světě poukazuje na výhodnost řešení této problematiky skupinovou terapií, kdy při menší časové zátěži poskytne pomoc většímu počtu lidí. Hlavní výhodou skupinové terapie však zůstává, že větší počet osob se stejným problémem zpětně posiluje motivaci jednotlivce ve skupině. Skupina poskytuje mnoho dalších výhod jako je členství ve skupině (je to tedy boj proti sociální izolaci obézního jedince), získávání nových informací a sociálních dovedností (zprostředkovaně skrze zkušenost ostatních členů skupiny), emoční podpory nebo zpětné vazby. Důležitým faktorem, který bychom neměli opomíjet, je také pomoc druhému, která se ve skupině uplatňuje. Velkou motivací ve skupině může být také setkání s úspěšnými absolventy terapie (Hainer et al., 2011).

V léčbě obezity lze také využít technik kognitivně-behaviorální terapie. Tento typ terapie pracuje s:

- a) Behaviorálními faktory:** mezi behaviorální faktory zařazujeme nevhodné stravovací (např. příjem potravy v nevyhovující skladbě, nevhodný režim jídla, nepřiměřené množství potravy atd.) a pohybové návyky (např. nedostatečná nebo žádná pohybová aktivita, nevhodná pohybová aktivita atd.).
- b) Kognitivními faktory:** při vzniku a rozvoji obezity hrají zásadní roli právě kognitivní mechanismy. Ty mohou spočívat ve vytyčení si nereálných cílů (např. nereálný váhový cíl, zvýšení sebedůvěry, lepší profesní zařazení atd.). Také ale ve volbě



nevhodných způsobů redukce váhy či ve zkresleném vnímání vlastního těla (nespokojenost s vlastním tělem může být spouštěčem zvýšeného příjmu potravy).

- c) **Interpersonálními faktory:** při vzniku a udržení obezity hrají podstatnou roli vztahy okolí (ty se však mohou stát nepostradatelnou součástí redukčního režimu v podobě povzbuzování a podpory obézního jedince) ale také kulturní prostředí se všemi svými faktory (reklama, společenský ideál krásy, kult štíhlého těla, stigmatizace a diskriminace obézních osob atd.) (Hainer et al., 2011).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vychází z terapie učení. KBT se snaží o vypracování programu pro obézního jedince, na jehož základě navodí žádoucí změny v nevhodném chování, myšlení a emocích, a to prostřednictvím třech základních teorií učení: klasickým podmiňováním, operantním podmiňováním a kognitivní teorií (Hainer et al., 2011).

Hlavním úkolem KBT je identifikovat podněty, které spouštějí a ovlivňují chování, myšlenky a emoce člověka (A-spouštěč). Následně je nutné definovat problematické chování a zaznamenat jeho výskyt, frekvenci, intenzitu a další důležité okolnosti problémového chování (B-chování). V poslední fázi této teorie je upevnění nového návyku nebo snížení frekvence nežádoucího chování, čili důsledek terapie (C-důsledek) (Hainer et al., 2011).

Kognitivně-behaviorální terapie disponuje několika druhy technik, které napomáhají jedinci v redukci jeho váhy. Vhodnost konkrétní techniky určuje psycholog na základě osobnosti obézního jedince a charakteru obezity. Pakliže při vzniku obezity a jejím udržování hrají nejvýznamnější roli nevhodné myšlenky, je třeba se soustředit především na kognitivní část terapie. Mohou však převažovat negativní emoce. Ty lze odbourat pomocí relaxačních technik, které by KBT měly doplňovat. Většinou se však jednotlivé techniky vhodně kombinují (Hainer et al., 2011).

Mimo kognitivně-behaviorální terapie se často v terapii obezity využívá i logoterapie a existenciální analýza V. E. Frankla a jeho žáka A. Längleho. Tento typ terapie je využíván především u jedinců, kteří nejsou plně přesvědčeni o smyslu redukčního režimu, necítí toliko silnou motivaci nebo ztrácejí kontakt se svými motivy (Hainer et al., 2011).

## **9. Terapie obezity- chirurgická**

Indikace chirurgické léčby obezity by měla vycházet z dlouhodobého pozorování pacienta. Udává se, že minimální doba sledování pacienta je půl roku. Chirurgický výkon by neměl nemocný vnímat jako samospásný akt. Chirurgická léčba obezity je poslední příčkou v komplexní léčbě obezity a to především v případech, kdy selhaly konzervativní postupy. Druhou možností, kdy přistoupit k chirurgické léčbě obezity, jsou případy, kde obezita způsobuje vysoká zdravotní rizika a komplikace. Výsledkem chirurgické léčby je však bezpochyby prodloužení a zvýšení kvality života obezitou postiženého jedince a účinné řešení při odstranění života ohrožujících komplikací, které sebou obezita nese (Janíková, & Zeleníková, 2013).

### **9.1 Úloha odborníků při bariatrické léčbě obezity**

Na indikaci chirurgické léčby obezity by se měla podílet řada odborníků, mimo obezitologa, dietologa a bariatrického chirurga (z řeckého „baros“; těžký, objemný) také klinický psycholog zkušený v oboru obezitologie (Fried, & Kunešová, 2005).

Klinický psycholog má vyloučit eventuální psychotické onemocnění a rozhodovat o schopnosti nemocného dodržovat pooperační omezení. To zahrnuje posouzení motivace pacienta k celému zákroku. Zjištění, zda je pacient schopen náhledu na situaci po operaci, především tedy ne jen na pozitiva operace, ale také na možné komplikace se zákrokem spojené. Důležitá je i hloubka porozumění nutnosti změny životního stylu po zákroku, náročnost těchto změn a silná motivace k jejich dodržování. Psycholog dále také rozhoduje o tom, zda je pacient připraven k celoživotní spolupráci s odborníky (Hainer et al., 2011).

Péče o nemocného po bariatrickém zákroku má celoživotní charakter. Aby bylo možné klientovi zajistit celkovou kvalitní péči, která je nezbytná pro dosažení potřebných váhových úbytků i pro snížení možných rizik a komplikací, je třeba, aby pacient i v budoucnu úzce spolupracoval se všemi výše zmíněnými odborníky včetně klinického psychologa (Fried, & Kunešová, 2005).

## 9.2 Kritéria indikace k bariatrickým výkonům

Mezioborová spolupráce výše uvedených odborníků umožňuje společně s nemocným stanovit teoreticky nejvhodnější léčebný postup, zpětně hodnotit průběh konzervativní léčby obezity, konzultovat možnosti chirurgické léčby tohoto onemocnění a případně navrhnout její úpravu. Týmová spolupráce odborníků z různých oborů přispívá k přesnějšímu celkovému posouzení vhodnosti chirurgického zákroku u konkrétní osoby. Typ chirurgického zákroku by se poté měl i nadále individuálně volit podle zjištěné psychosociální charakteristiky nemocného, jeho životního stylu, schopnosti se o sebe postarat atd. Pacient by měl splňovat objektivní kritéria BMI vyššího než 40 bodů. Operaci lze indikovat i v případě, kdy je BMI jedince v rozmezí 35-40 bodů, avšak obézní jedinec musí v tomto případě trpět závažnou komorbiditou, která redukci váhy vyžaduje. Bariatrické operace jsou u nás indikovány pacientům od 18.-60. let věku (Fried, & Kunešová, 2005).

## 9.3 Dělení chirurgických zákroků

- A) **Restriktivní výkony** jsou výkony prováděné za účelem omezení kapacity žaludku. Dále je dělíme na *adjustabilní žaludeční bandáž* (AGB), *sleeve gastrectomy* (tzv. tabulizace žaludku) a *plikaci velkého zakřivení žaludku*.
- B) **Malabsorpční operace** jsou výkony ovlivňující schopnost trávicího traktu trávit a vstřebávat některé složky potravy. Důležitou součástí těchto operací je vyřazení z funkce velké části tenkého střeva. Malabsorpční operace se dále dělí na dva typy: na *biliopankreatickou diverzi* a na *biliopankreatickou diverzi se zachováním duodenální pasáže*.
- C) **Gastrický bypass** je nejvýznamnějším představitelem výkonů kombinujících prvky restriktivní i malabsorpční operace (Hainer et al., 2011).

### 9.3.1 Možné komplikace spojené s chirurgickou léčbou obezity

Chirurgická léčba obezity sebou nese rizika a jistá omezení, která mohou mít ve svém důsledku dopad na lidskou psychiku nemocného. Chirurgické zákroky jsou zásahem do pacientova těla a nesou řadu nutných pooperačních změn životního stylu pacienta.

Nutná změna životního stylu znamená pro mnoho lidí v jejich životě stresovou situaci. Stejně tak i pro obézního člověka, který se rozhodl řešit problém obezity chirurgickou léčbou, hraje důležitou roli pozitivní podpora pacienta rodinnými příslušníky, blízkými přáteli a

známými, případně dalšími lidmi z pacientova okolí. Důležitou podpůrnou roli v dlouhodobé péči o pacienta sehrávají také aktivity a kluby, kde se mohou neformálně setkávat pacienti mezi sebou. Důležitost těchto klubů je nesporná. Pacienti zde potkávají osoby se stejným problémem-obezitou, který se rozhodli řešit stejnou cestou- chirurgicky. Nikdo jiný na světě nedokáže zcela pochopit emoce, strachy a starosti spojené s touto životní situací jako lidé, kteří si jí také prošli. A proto především oni navzájem dokážou sdílet a chápat osud jiného pacienta (Hainer et al., 2011).

Praktická

část

## 10. Výzkum

Převážnou část své teoretické části bakalářské práce jsem věnovala problematice osobnosti obézního jedince a její psychopatologii.

Následující kapitola představuje návrh výzkumu, jehož teoretické pozadí bylo podrobněji popsáno v předchozích kapitolách. V části praktické bych ráda představila výzkumný záměr, popsala výběr respondentů, průběh výzkumu a možná úskalí výzkumu poté rozebrala v diskuzi.

### 10.1 Úvod

Sexualitou obézních jedinců se v našem kulturním prostředí zabývá například doktor Luděk Daneš z 1. LF UK. V roce 2002 představil experiment, který zkoumal sexualitu u populace obézních žen. Přičemž sledovaných proměnných v tomto experimentu bylo hned několik.

Jedna z proměnných, která vzbudila zájem experimentátorů, byl možný vliv délky obezity, respektive doba vzniku obezity, na sexuální spokojenost a sexuální vývoj žen. Daneš se svými kolegy předpokládal rozdíly v těchto oblastech u žen, které trpěly obezitou od raného dětství, oproti ženám, u nichž se obezita objevila později, například v období puberty. Výsledky prokázaly tuto spojitost. Ženy, které trpí obezitou od raného dětství, vykazují nižší sexuální aktivitu včetně aktivity koitální, také lze u nich nalézt větší výskyt sexuálních poruch a komplikovanější sexuální vývoj. Tyto ženy zároveň projevovaly více neurotické sklony než ženy, u kterých byl vznik obezity záležitostí pozdějšího věku.

Druhým předpokladem v tomto experimentu byla závislost mezi hodnotami BMI a výskytem sexuálních problémů. Výzkum potvrdil hypotézu, že vzrůstající hodnota BMI ovlivňuje nepříznivě také vzrůstající počet sexuálních problémů. Ženy s vyšším BMI vykazovaly problémy v oblastech s dosahováním orgasmu a vyskytovala se u nich nižší frekvence pohlavních styků (Daneš et al., 2002).

Začátkem letošního roku byly zveřejněny výsledky výzkumu (experiment probíhal mezi léta 2006-2012), který zkoumal poruchy sexuální funkce a změny v reprodukci obézních žen před bariatrickou operací a dva roky po ní. Ženy, které podstoupili bariatrickou operaci, vykazovaly po dvou letech celkové zlepšení v oblasti sexuality. Zlepšení se týkalo nejen funkčnosti pohlavního ústrojí ale také v oblasti vzrušivosti, sexuální apetence a samotného

uspokojení. Ženy dále uváděly pozitivní změny ve vnímání vlastního těla (body image) a ve snižujících se příznacích deprese. Výsledky tohoto experimentu vybízejí experty obezitologických klinik k tomu, aby uváděli zlepšení sexuálního zdraví jako jeden z důležitých pozitiv, které sebou bariatrické operace přinášejí (Sarwer et al., 2013). V roce 2012 se tým vědců z Indie zaměřoval na změny v oblasti sexuální spokojenosti a funkčnosti u obézních mužského pohlaví. Výzkum prokázal, že obezita signifikantně ovlivňuje oblasti sexuality jako je erektilní funkce, schopnost dosáhnout orgasmu, sexuální touhy a celkové spokojenosti v sexuální oblasti (Geetha et al., 2012).

Daneš se se svými kolegy zaměřoval především na populaci obézních žen. Obecně lze nalézt více výzkumů, které se dotýkají problematiky sexuální spokojenosti a dysfunkcí u obézních žen. Svůj výzkum bych proto rozšířila o rozdíly v sexuální spokojenosti mezi obézními muži a ženami v kulturním prostředí České republiky a výsledky porovnála mezi sebou. I když je obezita ženami obecně vnímána a prožívána intenzivněji, myslím si, že by nemělo být opomenuto stanovisko mužského pohlaví k celé problematice.

## **10.2 Cíle výzkumu**

Účelem následujícího výzkumu by bylo zjištění, zda došlo u obézních jedinců po využití bariatrické léčby obezity ke změně v oblasti subjektivního prožívání sexuální spokojenosti.

Ve výzkumu vycházím z předpokladu, že jedinci trpící nadváhou mohou subjektivně vnímat sníženou spokojenost v sexuálních vztazích. Tento předpoklad vychází z literatury uvedené v teoretické části práce a také z výzkumů, které jsou uvedeny v úvodu této kapitoly. Výzkumné otázky tedy již vychází z předpokladu existence rozdílů sexuální spokojenosti mezi obézními jedinci a jedinci s normálním váhovým rozložením. Výzkum se pokusí odpovědět na následující dvě otázky:

- 1) Dochází u obézních jedinců ke změně v oblasti vnímání sexuální spokojenosti před bariatrickým zákrokem a po bariatrickém zákroku?
- 2) Jsou tyto rozdíly ve vnímání sexuální spokojenosti u obézních jedinců patrné u obou pohlaví?

Potvrzení předpokladu, že obezita může ve svém důsledku subjektivně snižovat prožívanou sexuální spokojenost, můžeme dokázat porovnáním výsledků subjektivního prožívání sexuální spokojenosti u obézního jedince před bariatrickým zákrokem (tedy ve stavu obezity jedince) a po bariatrickém zákroku (tedy ve stavu, kdy jedinec úspěšně hubne a přestává být obézním).

### 10.2.1 Výzkumná oblast

Spokojenost člověka je, mimo jiné, vázána na kvalitu interpersonálních vztahů, které jedince obklopují. Mezi podstatné vztahy patří určitě vztahy partnerské. Partnerský vztah je spojen se sexuálním životem a spokojeností jedince v této oblasti. Výzkum bude pracovat s dotazníkem týkajícím se subjektivního prožívání sexuálního života obézního jedince.

### 10.2.2 Kritéria výběru respondentů

- 1) Do výzkumu by byli zařazeni jedinci, kteří splňují kritérium velikosti BMI nad 40 bodů.
- 2) Výběr respondentů bude prováděn na základě indikace bariatrické operace.

Jak již bylo výše řečeno, indikace k bariatrickému zákroku nikdy není rozhodnutím jednoho odborníka, posouzení celkového stavu pacienta je úlohou celého týmu specialistů. Vzorek respondentů, který by vstupoval do výzkumu, bude tedy pravděpodobně vykazovat některé společné rysy. Pravděpodobná budou opakovaná selhání léčby obezity konzervativním způsobem v anamnéze jedince. Společná bude také vysoká motivaci vedoucí ke změně životního stylu (tato změna je u indikace bariatrické léčby nutná proto, aby jedinec sám sebe zdravotně neohrožoval). Nutnost doživotní spolupráce jedince po operaci s týmem odborníků, kteří se podíleli na indikaci bariatrické léčby obezity, přináší výzkumu možnost retestovat respondenty s určitým časovým odstupem od operace.

K bariatrické operaci jsou doporučováni také jedinci s BMI mezi 35-40, u nich je však nutný předpoklad existence zdravotních komplikací, které má bariatrická operace vyřešit. Jak uvádí Fried, může se jednat o metabolické poruchy, kardiorespirační choroby, závažná kloubní onemocnění ale také se může jednat o závažné psychologické problémy vázané na obezitu (Fried et al., 2011, s. 74). Tito jedinci do výzkumu zařazeni nebudou a to především z důvodu odlišného motivačního postoje k léčbě obezity. Jedinci, kteří podstupují bariatrickou léčbu obezity na doporučení lékaře a z důvodů vážných zdravotních rizik, nemusejí nutně



svou obezitu prožívat negativně. Motivací tedy může být pouze strach o vlastní zdraví, nikoliv nespokojenost s obezitou jako taková. Tato odlišnost v motivaci by se mohla ve výzkumu projevit jako nežádoucí proměnná.

Pacienti, u kterých je bariatrický zákrok primárně výsledkem jejich vlastního rozhodování, mohou mít škálu motivací poměrně rozsáhlou. Motivace, která převládá strach z tak náročného a rozsáhlého zákroku, jakým bariatrické operace jsou, může pramenit z různých oblastí lidského života. Jednou z nich může být právě sexuální nespokojenost v partnerském vztahu.

- 3) Třetím kritériem pro zařazení respondenta do výzkumu je podmínka soužití respondenta v partnerském vztahu, který před testováním trvá minimálně dva roky.

Sexualita je vázána na partnerské vztahy, proto je partnerský život podmínkou pro zařazení jedince do výzkumu. Důležité je zmínit, že není blíže specifikováno, o jaký typ partnerského vztahu se jedná. Respondenti se mohou nacházet ve sňatku manželském, ten však není nutnou podmínkou pro účast ve výzkumu. Spodní hranice dvou let trvání vztahu by měla eliminovat páry, ve kterých je zvýšená sexuální aktivita ještě zapříčiněna stavem zamilovanosti, tedy ovlivněna především nadměrnou produkcí hormonů. Právě ty by mohly být jednou z dalších možných nežádoucích proměnných, které by zkreslovali celkovou sexuální spokojenost u respondentů.

- 4) Do výzkumu budou řazeni respondenti nacházející se ve věkovém rozmezí 35-50 let.

Zvolené věkové rozmezí předpokládá určitou stabilitu jedince v partnerském vztahu. Tato stabilita by se měla projevovat snahou nalézt životního partnera. Horní věková hranice 50ti let je stanovena především z důvodu příchodných hormonálních změn u ženské části respondentů, které mohou významně zasahovat do oblasti sexuální spokojenosti.

### 10.2.3 Charakteristika vzorku

Vzhledem k délce výzkumu, který u každého jedince bude probíhat dva roky, budou do experimentu řazeni respondenti ve věku maximálně 48 let. To z toho důvodu, že v průběhu experimentu dosáhnout maximální věkové hranice 50ti let.

Jak již bylo uvedeno, cílem výzkumu je také zmapovat spokojenost v sexuální oblasti obézních jedinců a porovnat výsledky mezi oběma zkoumanými pohlavími. Celkový vzorek respondentů by tedy měl být rozdělen do dvou skupin.

Velikost zkoumaného vzorku je stanovena na 300 respondentů. Z důvodu nižšího počtu mužů, kteří podstupují bariatrickou operaci, by měl konečný vzorek obsahovat minimálně 30% respondentů mužského pohlaví, aby šly výsledky porovnat se skupinou respondentek ženského pohlaví.

#### 10.2.4 Charakteristika pracovišť

Studie bude probíhat na 3 pracovištích v Praze, která se věnují problematice obezity a jejího řešení bariatrickou cestou.

- OB klinika Praha
- 3. Interní klinika 1. LF UK & VFN Praha
- Endokrinologický ústav, Praha 1

Každé z uvedených pracovišť by mělo mít vlastního psychologa. Do výzkumu nemohou být zařazena pracoviště, která spolupracují s externím psychologem, a to především z důvodu, že psycholog bude zadávat výzkum svým klientům a měl by zde být k dispozici ve všech třech případech testování.

#### 10.2.5 Hypotézy

Hypotéza 1.: Sexuální spokojenost obézních respondentů se bude po bariatrickém zákroku zvyšovat.

Hypotéza 2.: Sexuální spokojenost bude dva roky od provedeného zákroku vyšší než půl roku po provedeném zákroku.

Hypotéza 3.: Míra sexuální spokojenosti u obézních jedinců bude vycházet rozdílně v rámci genderového rozdělení.

#### 10.2.6 Dotazník

Objektivním prostředkem na měření sexuální spokojenosti bude použit Dotazník sexuální spokojenosti GRISS (Rust, & Golombok, 1999). Tento dotazník poskytuje souhrnné údaje o vztahu, mimo jiné zkoumá i rozsah komunikace, negenitálního fyzického kontaktu, frekvenci

sexuální aktivity, specifických sexuálních dysfunkcí. Dotazník určuje individuální problémy týkající se lidské sexuality pomocí diagnostických subškál. Dotazník je konstruován jak pro páry, tak pro jednotlivce. Dotazník je konstruován ve dvou provedeních, oddělené pro muže a pro ženy a na základě položkové analýzy byl konstruován z 28 otázek pro každé pohlaví. Zaměřuje se na oblasti, které se ve všeobecné populaci vyskytují nejčastěji (Rust, & Golombok, 1999).

Ukázka otázek z dotazníku:

Dotazník pro muže

1. Máte pocit, že vás sex nezajímá?
2. Stává se, že nemáte pohlavní styk i celý týden?
3. Lehce se pohlavně vzrušíte?

Dotazník pro ženy

1. Pokoušíte se vyhnout sexu s vaším partnerem?
2. Považujete sexuální vztah se svým partnerem za uspokojivý?
3. Považujete čas, který s partnerem věnujete předehře, za dostatečný?

(Rust, & Golombok, 1999)

### **10.3 Průběh výzkumu a sběr dat**

V první řadě je třeba oslovit vybraná pracoviště a navázat s nimi spolupráci. Pracovištím budou poskytnuty veškeré informace o záměru výzkumu a jeho průběhu, o charakteru použitého dotazníku i o údajích, které tento dotazník poskytuje. Následně budou na pracoviště dodány veškeré materiály potřebné k běhu celého výzkumu (dotazníky, záznamové archy, informace k výzkumu pro respondenty, informovaný souhlas respondenta).

Psycholog na příslušné obezitologické klinice individuálně požádá své klienty, u nichž byla schválena bariatrická operace, zda by nebyli ochotni vstoupit do výzkumu a seznámí je s tématem celého výzkumu a s jeho celým průběhem. Důraz by měl být kladen především na fakt, že ačkoliv budou respondenti vyplňovat dotazníky jmenovitě, data budou publikována anonymně, tedy žádný z respondentů nebude nikde konkrétně jmenován. Anonymní vyplňování dotazníku by mohlo způsobit komplikace při sběru dat, z důvodu nutnosti tří

měření. Abychom mohli pozorovat vývoj sexuální spokojenosti, potřebujeme, aby byly všechny tři dotazníky vyhodnocovány pohromadě.

Data zaznamenaná pouze v jednom časovém úseku u jednoho respondenta nebudou moci být do výzkumu zařazena, tedy jejich výpovědní hodnota bude nulová.

Jestliže se rozhodne klient obezitologického centra účastnit se výzkumu, vyřídí se v první řadě veškeré náležitosti týkající se správné a bezpečné účasti na výzkumu. Může být ještě jednou seznámen s podrobnostmi výzkumu, kterého se účastní, bude-li projevovat zájem. Nutností je podepsaný informovaný souhlas respondenta.

První dokument, který bude třeba vyplnit před samotným testováním pomocí dotazníku sexuální spokojenosti, je dokument se základními údaji o respondentovi. V tomto dokumentu se sbírají informace o respondentovi, na jejichž základě budou respondenti rozděleni. Informace se tedy týkají pohlaví respondenta, délky trvání jeho partnerského vztahu, věk, váha a výška respondenta (z důvodu výpočtu BMI). Svou váhu bude respondent zaznamenávat do tohoto archu při každém sběru dat, tedy před operací, půl roku po operaci a dva roky po operaci.

Po vyplnění úvodního dotazníku bude respondentovi předložen Dotazník sexuální spokojenosti. Respondent má na vyplnění dotazníku neomezené množství času, práce v časovém presu může u klienta vyvolat stres a úzkosti, jejichž negativní ladění může celé dotazování výrazně zkreslit. Musíme mít stále na paměti, že sexualita je velmi intimní věc a pro obézního jedince nemusí být jednoduché zodpovídat otázky, které se týkají této oblasti. Proto by měl být jedinci zajištěn maximální komfort při vyplňování dotazníků.

Respondent vyplňuje dotazník v klidné místnosti pouze za přítomnosti psychologa. Každému respondentovi je umožněno vyplňovat dotazník bez účasti jiných pacientů kliniky. Intimním prostředím při vyplňování dotazníků se snažíme respondenta vyvarovat možným nežádoucím situacím. Zároveň se snažíme klidným prostředím za přítomnosti psychologa navodit atmosféru připomínající bezpečí terapeutického sezení.

V případě, že by klient měl zájem o výsledky individuálního testování, mělo by mu tak být umožněno ze strany obezitologické kliniky. V takovýchto případech bude klientovy

umožněno dozvědět se výsledky o změnách, které se v této oblasti mohou objevit v průběhu léčby obezity bariatrickým způsobem. Po skončení výzkumu budou výsledky odeslány na příslušnou obezitologickou kliniku a mohou být psychologem interpretovány respondentovi.

Po vyplnění záznamového archu při prvním testování bude s psychologem domluven přibližný termín testování druhého. Na základě termínu bariatrické operace, kterou bude respondent podstupovat, se s psychologem předběžně domluví na určitém časovém rozmezí, ve kterém proběhne druhé testování. Podmínkou tedy je, aby druhé testování proběhlo půl roku po provedení bariatrické operace. Respondent dostane časový úsek trvající 3 týdny, ve kterém by se měl dostavit na druhé testování.

Vyplněné dotazníky posílá psycholog na místo určené pro administraci dotazníků po proběhnutí všech tří cyklů testování. Jelikož je třeba získat určitý počet respondentů do výzkumu, bude nábor respondentů trvat celkem 2 roky. Každé pracoviště by tedy mělo v tomto období získat alespoň 100 klientů ochotných zapojit se do výzkumu. Poslední dotazníky budou tedy sebrány maximálně 4 roky od začátku výzkumu.

Testování bude provedeno tedy celkem 3x. První testování proběhne před bariatrickým zásahem. Bude to ukazatel sexuální spokojenosti ve stavu obezity u jedince. Druhé testování proběhne půl roku od provedení bariatrické operace. Tento časový úsek byl stanoven i z důvodu omezení sexuální aktivity v pooperační fázi jedince. Poslední testování proběhne dva roky po bariatrickém zákroku. Na tomto termínu se domluví respondent s psychologem po druhém testování.

#### **10.4 Diskuze**

I přes to, že je sexualita citlivým tématem, neporušuji ve výzkumu etický kodex lidských práv. Každý z účastníků podepisuje informovaný souhlas, který obsahuje mimo jiné i informace o účelu celého výzkumu, a sice zmapovat aspekty obezity, které mohou zasahovat do jedincova života. Téma, které může být respondentům nepohodlné a nepříjemné, jsem se snažila zmírnit podmínkami, ve kterých dochází k vyplnění dotazníku. Respondent vyplňuje dotazník v pro něj známém a důvěrném prostředí, místnost psychologa, který jej provází léčbou již delší dobu, tedy je to známá osobnost, ke které má vybudovanou důvěru a nemusí pociťovat strach či zahanbení z tématu výzkumu.

Můžeme ovšem předpokládat, že se výzkumu nebude chtít zúčastnit vysoké procento respondentů, kterým byla indikována bariatrická operace. Ochota účastnit se studie může být nedostatečná pro účely studie. Podobně můžeme předpokládat, že narazíme během sběru dat na situaci, kdy respondent přeruší účast na výzkumu a nebude jej chtít dokončit.

Motivaci pro dokončení studie u jedinců se snažím zvyšovat možností respondenta, dozvědět se výsledky léčby a moci tak sledovat, zda-li bariatrická léčba obezity měla účinek také na zlepšení oblasti sexuální spokojenosti.

Předčasné ukončení spolupráce s respondentem může být také způsobena ztrátou stálého partnera, který je jednou z podmínek účasti na výzkumu. Jelikož celková délka experimentu u jednoho respondenta jsou dva roky, můžeme předpokládat možnost rozchodu během této doby. V takovém případě není z naší strany nadále zájem ve výzkumu u respondenta pokračovat, jelikož nesplňuje jednu ze základních podmínek pro účast. Můžeme předpokládat, že počet jedinců, kteří se v průběhu dvou let rozejdou se svým partnerem, nebude malý. Jedinec, který podstoupí bariatrickou operaci, musí změnit některé aspekty životního stylu, které se týkají především stravovacích návyků. V důsledku snížení nadváhy po operaci může pak dojít ke změně některých aspektů v chování a prožívání samotného jedince. Tato změna může způsobit narušení vztahu, vedoucí v nejkrajnějším případě až k jeho rozpadu. Výsledky výzkumu, které byly publikovány v letošním roce, srovnávaly psychologické změny jedinců po bariatrických zákrocích. Ačkoliv tento výzkum srovnával změny v psychice jedince ve vztahu ke třem různým typům zákroků v oblasti bariatrické chirurgie, výsledky poukázaly na obecné snížení úzkostí, deprese a psychopatologii jídelních zvyklostí u všech tří typů zákroků (Castellini et al., 2014). Nemůžeme tedy vyloučit, že některé změny v osobnosti jedince po zákroku mohou způsobit druhotné změny v jeho chování (například zvýšené sebevědomí, zvyšující se společenská aktivita jedince atd.). A v konečném důsledku tak zapříčinit až rozpad vztahu.

Další možná úskalí mohou vyplývat ze lživého vyplňování dotazníku. Oblast sexuality se vždy těžce mapuje, neboť mají lidé sklon vyplňovat některé údaje zkresleně. Důvodem může být snaha „se vytáhnout“ (tedy nadhodnocují skutečnost) nebo naopak se mohou za některé jevy stydět (uvádí podhodnocené údaje oproti skutečnosti). Tato negativní zkreslení se mohou projevit především u otázek týkajících se četnosti pohlavních styků. Zároveň může být pro jedince náročné přiznat si, že není spokojen v sexuální oblasti. Je na uvážení samotných psychologů obezitologických klinik, zda je jejich pacient schopen dotazník vyplnit, aniž by to

u něj mohlo vést k nepříjemným pocitům a myšlenkám, kterými se před vyplňováním dotazníku nezabýval.

## 11. Závěr

Ve své práci jsem se snažila zaměřit na psychologické aspekty obezity u dospělých. Problematika obezity je velmi rozsáhlá a zabývá se jí v dnešní době řada českých i zahraničních expertů. V mnoha publikacích pak lze nalézt názor, že není progresivnějšího a zároveň složitějšího onemocnění. Obezita je onemocnění podmíněné mnoha faktory, není lehkým úkolem zjistit příčinu obezity u konkrétního jedince a ještě složitější je nalézt pro tohoto jedince cestu terapie, kterou by se měl ubírat.

Nesmíme opomenout, že ne každý obézní jedinec vnímá svou obezitu jako překážku ve svém životě a nutně s ní chce něco podnikat. Populace obézních jedinců je heterogenní a je velmi náročné tuto skupinu charakterizovat na základě jakýchkoliv společných znaků. Přesto se však našly, díky řadě výzkumů zabývajících se touto problematikou, některé společné rysy, které by mohly alespoň částečně charakterizovat skupinu obézních jedinců a pomoci tak nalézt odborníkům stanovisko, jak s těmito lidmi komunikovat, spolupracovat a pomáhat jim nalézt nejschůdnější řešení.

I přesto však můžeme říci, že jedinec, který se rozhodne se svou obezitou bojovat, nebude svádět lehký boj. I když váhový úbytek zlepšuje pozitivně mnoho aspektů lidského života, od fyzických a metabolických změn po změny v oblasti psychiky, je někdy nelehké tohoto váhového úbytku dosáhnout. Terapie obezity vždy vyžaduje mnoho volní energie, silnou motivaci a trpělivost k dosažení celkové redukci váhy. Ne všechny tyto podmínky musí jedinec po celou dobu terapie obezity splňovat, a proto můžeme pozorovat kolapsy obézních jedinců, nikdy nekončící dietování, jo-jo efekt, prohlubující se deprese a následný návrat ke špatným jídelním zvyklostem. Je jistě třeba, aby měl obézní jedinec silnou oporu ve svém okolí a byl okolím podporován ve svém snažení. Důležitou roli hraje především nejbližší rodina a partner. Ten se může podílet na podpoře nejen oceňováním váhových úbytků, ale také například přizpůsobením se novému režimu jedince, který bojuje se svou nadváhou.

Myslím si, že je třeba vkládat ještě mnoho studií a úsilí do celosvětové osvěty. Informací o tom, jak může být obezita ve svém důsledku nebezpečná, stále není dostatek. Lidé ještě pořád obezitu podceňují a nekladou možným rizikům spojeným s obezitou dostatečnou váhu.



## 12. Literatura

- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image. A Hand Book of Theory, Research, & Clinical Practise*. New York: The Guilford Press.
- Castellini, G., Godini, L., Amedei, S.G., Faravelli, C., Lucchese, M., & Ricca, V. (2014, April 16). *Psychological Effects and Outcome Predictors of Three Bariatric Surgery Interventions: a 1-year Follow-up Study*. Eating and Weight Disorders. Published online.
- Daneš, L. (2002, December 12). *Sexualita žen s nadváhou*. zdravi.e15.cz. Dostupné z WWW:  
<<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/sexualita-zen-s-nadvahou-150539>>
- Davis, C., Levitan, R.D., Carter, J., Kaplan, A.S., Reid, C., Curtis, C., Patte, K., & Kennedy, J.L. (2008). *Personality and eating behaviors: a case-control study of binge eating disorder*. International Journal of Eating Disorders. 41(3), 243-50.
- deCastro, J.M., Brewer, E.M., Elmore, D.K., & Orozco, S. (1990). *Social facilitation of the spontaneous meal size of humans occurs regardless of time, place, alcohol or snacks*. Appetite. 15(2), 89-101.
- Drapela V.J. (2001). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál
- Faltus, F. (2007). *Syndrom nočního jedictví*. Česká a slovenská psychiatrie. 2007/6, 291-296
- Fraňková, S., & Dvořáková-Janů, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum.
- Fried, M. et al. (2011). *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta
- Fried, M., & Kunešová, M. (2005). *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. Praha: Grada.
- Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- Hainer, V. et al. (2011). *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada publishing.
- Hainer, V., & Kunešová, M. et al. (1997). *Obezita. Etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. Praha: Galén.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

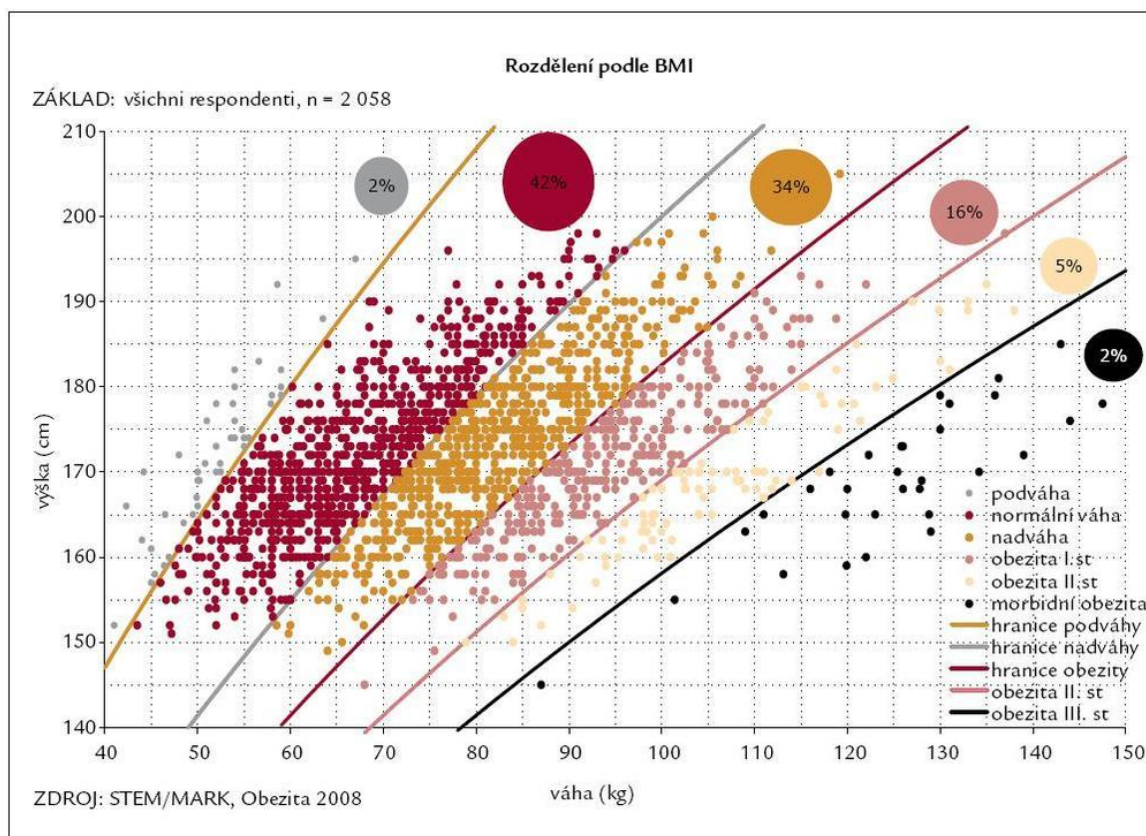
- Hlúbik, P., & Vosečková, A. (2002). *Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity*. Interní medicína pro praxi. 2002/11, 545-547.
- Geetha, P., Aravind, B.S., Pallavi, G., Rajendra, V., Rao, R., & Akhtar, N. (2012). *Sexual dysfunction (Kṛcchra Vyavāya) in obesity (Sthaulya): Validation by an observational study*. Ancient Science of Life. 32(2), 76-81.
- Gustafson, T.B., Gibbons, L.M., Sarwer, D.B., Crerand, C.E., Fabricatore, A.N., Wadden, T.A., Raper, S.E., & Williams, N.N. (2006). *History of sexual abuse among bariatric surgery candidates*. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2(3), 369-74.
- Janíková, E., & Zeleníková, R. (2013). *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada.
- Kohoutek, R. (2010, February 12). *Vývojově psychologická teorie S. Freuda, E. H. Eriksona, J. Piageta a L. Kohlberga*. Dostupné z WWW:  
< <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/vyvojove-psychologicke-teorie>>
- Krch, F. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- Linde, J.A., Jeffery, R.W., Levy, R.L., Sherwood, N.E., Utter, J., Pronk, N.P., & Boyle, R.G. (2004). *Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women*. International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders. 28(3), 418-25.
- Lundgren, J.D., Allison, K.C., & Stunkard, A.J. (2012). *Night eating syndrome. Research, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Luppino, F.S., de Wit, L.M., Bouvy, P.F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B.W., & Zitman, F.G. (2010). *Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. Archives of General Psychiatry. 67(3), 220-229.
- Makara-Studzińska, M., Zaborska, A. (2009). *Obesity and body image*. Psychiatrie Polska. 43(1), 109-14.
- Matoulek, S., Svačina, J., & Lajka, J. (2010). *Výskyt obezity a jejích komplikací v České republice*. Vnitřní lékařství (III. interní klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN), 56 (10), 1019-1027.
- Masheb, R.M., Roberto, C.A., & White, M.A. (2013). *Eating Behaviors, nibbling and picking in obese patients with Binge Eating Disorder*. Eating behaviors. 14(4), 424-427.

- Myers, A., & Rosen, J.C. (1999). *Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem*. International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders. 23(3), 221-230.
- Onyike, C.U., Crum, R.M., Lee, H.B., Lyketsos, C.G., & Eaton, W.W. (2003). *Is Obesity Associated with Major Depression? Results From the Third National Health and Nutrition Examination Survey*. American Journal of Epidemiology. 158(12), 1139-1147.
- Papežová, H. (2011) *Poruchy příjmu potravy a obezita - rozvoj nových diagnostických a terapeutických přístupů*. Postgraduální medicína, 2011/2, str. 187-192.
- Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
- Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, G.E., Ludman, E.J., Linde, A.J., Jeffery, R.W., & Operskalski, B.H. (2008). *Associations of Child Sexual and Physical Abuse with Obesity and Depression in Middle-aged Women*. Child Abuse & Neglect. 32(9), 878–887.
- Rosenheck, R. (2008). *Fast Food Consumption and Increased Caloric Intake: a Systematic Review of a Trajectory Towards Weight Gain and Obesity Risk*. Obesity Reviews. 9(6), 535-547.
- Rust, J., & Golomboková, S. (1999). *Dotazník sexuální spokojenosti GRISS*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
- Rydén, A. A., Sullivan, M. M., Torgerson, J. S., Karlsson, J. J., Lindroos, A. K., & Taft, C. C. (2004) *A Comparative Controlled Study of Personality in Severe Obesity: a 2-y Follow-up after Intervention*. International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders. 28(11),1485-1493.
- Rydén, A. A., Sullivan, M. M., Torgerson, J. S., Karlsson, J. J., Lindroos, A. K., & Taft, C. C. (2003). *Severe Obesity and Personality: a Comparative Controlled Study of Personality Traits*. International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 27(12), 1534-1540.
- Říčan, P. (2011). *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha: Grada
- Sarwer, D.B, Spitzer, J.C., Wadden, T.A., Mitchell, J.E., Lancaster, K., Courcoulas, A., Gourash, W., Rosen, R.C., & Christian, N.J. (2013). *Changes in Sexual Functioning and Sex Hormone Levels in Women Following Bariatric Surgery*. Jama Sumery. 149(1), 26-33.
- Schröder, H., Fito, M., Covas, M.I., & redicor investigators. (2007). *Association of Fast Food Consumption with Energy Intake, Diet Quality, Body Mass Index and the*

*Risk of Obesity in a Representative Mediterranean Population.* British Journal of Nutrition. 98(6), 1274-80.

- Slabá, Š. et al. (2013) *Celostátní konference s mezinárodní účastí: obezitologie a bariatrie 2013*. Abstrakt. Dostupné z WWW:  
<[www.gsymposion.cz/data/files/3cc9d67df18b53c6aaf44883815e62ae.pdf](http://www.gsymposion.cz/data/files/3cc9d67df18b53c6aaf44883815e62ae.pdf)>.
- Sullivan, S., Cloninger, C.R., Przybeck, & T.R., Klein, S. (2007). *Personality Characteristics in Obesity and Relationship with Successful Weight Loss.* International Journal of Obesity. 31(4), 669-674.
- Svačina, Š., Müllerová, D., & Bretšnajdrová, A. (2012). *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeutky*. Praha: Triton.
- Svačina, Š., & Bretšnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada Publishing.
- Stunkard, A.J., Harris J.R., Pedersen, N.L., & McClearn G.E. (1990) *The Body-Mass Index of Twins Who Have Been Reared Apart*. The New England Journal of Medicine. 322 (May 24),1483-1487.
- Taveras, E.M., Berkey, C.S., Rifas-Shiman, S.L., Ludwig, D.S., Rockett, H.R., Field, A.E., Colditz, G.A., & Gillman, M.W. (2005). *Association of Consumption of Fried Food Away from Home with Body Mass Index and Diet Quality in Older Children and Adolescents*. Pediatrics. 116(4), 518-524.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Weiss, P. (2005). *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada.
- White, M.A., O'Neil, P.M., Kolotkin, R.L., & Byrne, T.K. (2004). *Gender, Race, and Obesity-related Quality of Life at Extreme Levels of Obesity*. Obesity Research. 12(6), 949-955.
- Wilfley, D.E., Schwartz, M.B, Spurrell, E.B, & Fairburn, C.G.(2000). *Using the Eating Disorder Examination to Identify the Specific Psychopathology of Binge Eating Disorder*. International Journal of Eating Disorders. 27(3), 259-269.
- Wilkinson, R., & Marnot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*.. Denmark: WHO.
- Yancey, A.K., Simon, P.A., McCarthy, W.J., Lightstone, A.S., & Fielding, J.E. (2006). *Ethnic and Sex Variations in Overweight Self-perception: Relationship to Sedentariness*. Obesity (Silver Spring), 14(6), 980-988.

### 13. Přílohy



Graf. 1. Graf prevalence obezity v ČR v roce 2008 (Matoulek et al., 2010).

<b>BMI a mezipárová korelace u jednovaječných a dvojvaječných dvojčat žijících dohromady a odděleně</b>							
typ		Muži			Ženy		
		počet párů	BMI	mezipár. korelace	počet párů	BMI	mezipár. korelace
jednovaječná dvojčata	žijící odděleně	49	24,8 ± 2,4	0,7	44	24,2 ± 3,4	0,66
	žijící spolu	66	24,2 ± 2,9	0,74	88	23,7 ± 3,5	0,66
dvojvaječná dvojčata	žijící odděleně	75	25,1 ± 3,0	0,15	143	24,9 ± 4,1	0,25
	žijící spolu	89	24,6 ± 2,7	0,33	119	23,9 ± 3,5	0,27

Tab. 1. Tabulka vyjadřující mezipárovou korelaci genetických faktorů a faktorů prostředí (Stunkard et al., 1990).